

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 29 avril 1896, à 1 heure

Par NAZ (OCTAVE)

Né à Port-Louis (Ile Maurice), le 24 juin 1867.

DE
L'ARTHRITE TUBERCULEUSE
SACRO-ILIAQUE

ET EN PARTICULIER

DE CERTAINES FORMES FRUSTES DE CETTE AFFECTION

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. POTAIN, professeur.

PIERRE DELBET, } agrégés
WURTZ, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

253

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

253

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 29 avril 1896, à 1 heure

Par NAZ (OCTAVE)

Né à Port-Louis (Ile Maurice), le 24 juin 1867.

DE

L'ARTHRITE TUBERCULEUSE

SACRO-ILIAQUE

ET EN PARTICULIER

DE CERTAINES FORMES FRUSTES DE CETTE AFFECTION

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. POTAIN, professeur.

PIERRE DELBET, } *agréés*
WURTZ, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N....
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
Clinique médicale.....	{ SÉE (G.).
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	BERGER.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	{ GUYON.
	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRÉ.	GILBERT.	NÉLATON.	THOINOT.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETERER.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON BIENFAITEUR ET ONCLE VÉNÉRÉ

SIR VIRGILE NAZ K. C. M. G.

COMMANDEUR DE L'ORDRE DE SAINT-MICHEL ET DE SAINT-GEORGES,

Je dédie cette thèse comme un faible témoignage de mon affection sans bornes et de ma très grande reconnaissance pour les soins tendres et paternels dont il n'a cessé de m'entourer depuis mon enfance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554021_0014

A MON MAITRE

PIERRE DELBET,

CHIRURGIEN DES HOPITAUX,
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Hommage de profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. P. TILLAUX,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Hommages respectueux.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX ET LES LABORATOIRES

M. LE DOCTEUR RECLUS,

CHIRURGIEN DE LA PITIÉ, AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ.

M. LE DOCTEUR PEYROT,

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE, AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ.

M. LE DOCTEUR BAZY,

CHIRURGIEN DES HOPITAUX.

M. LE PROFESSEUR GUYON,

MEMBRE DE L'INSTITUT.

M. LE PROFESSEUR TARNIER,

ANCIEN PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. LE DOCTEUR BAR,

ACCOCHEUR DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS, AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ.

M. LE DOCTEUR LANCEREAUX,

MÉDECIN DES HOPITAUX.

M. LE DOCTEUR DUGUET,

MÉDECIN A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE.

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY.

M. LE DOCTEUR BROCCQ,

MÉDECIN DES HOPITAUX.

M. LE DOCTEUR POIRIER,

CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES A LA FACULTÉ.

M. LE DOCTEUR CHANTEMESSE,

MÉDECIN DES HOPITAUX, AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ.

Hommages respectueux.

AVANT-PROPOS

Depuis près de dix ans, on ne parle guère en France de la sacro-coxalgie et, si nous en exceptons les publications de M. Pierre Delbet auxquelles nous ferons ultérieurement allusion, ce sujet nous semble quelque peu délaissé. C'est l'impression que nous avons eue en terminant les recherches bibliographiques faites pour ce travail.

Cependant on ne professe pas partout la même indifférence. Les anglais et les américains entr'autres s'y intéressent beaucoup, si l'on en juge par leurs journaux et leurs périodiques.

Après avoir pris connaissance de la plupart des travaux anciens et récents sur cette question, nous avons cru faire œuvre utile en ajoutant quelques points nouveaux à la description classique telle qu'elle nous a été transmise par nos devanciers.

Ayant eu la bonne fortune d'observer et de suivre par nous-même quelques malades atteints de cette affection, il nous a été donné de reconnaître qu'en pratique la sacro-coxalgie est loin de répondre toujours à la forme typique. Et, nous avons été amené ainsi à réserver, à côté des cas qu'on pourrait appeler normaux, une place, plus importante qu'on ne l'a fait jusqu'ici, à un certain groupe de cas qui constituent de véritables formes anormales.

Enfin, nous nous sommes efforcé d'étudier avec quel-

que détail la thérapeutique, si brièvement traitée partout, de cette maladie. Nous nous sommes demandé si non seulement il convient d'instituer un traitement chirurgical à la phase d'abcès confirmé, mais si même il n'y aurait pas avantage à intervenir plus tôt, avant la fonte caséeuse, par un curettage ou une trépanation précoces des fongosités de cette arthrite tuberculeuse.

En un mot, compléter, s'il y a lieu, le tableau de la sacro-coxalgie ; étudier certaines formes anormales ; préciser les termes du problème thérapeutique : tels sont les trois points que nous avons plus spécialement en vue dans cette thèse.

Ce travail nous a été inspiré par M. Pierre Delbet et, si nous l'avons entrepris, c'est grâce aux excellents conseils qu'il n'a cessé de nous donner, grâce aussi aux documents qu'il a bien voulu mettre à notre disposition. De plus, c'est à M. Delbet que nous devons le meilleur de ce que nous savons en chirurgie et en gynécologie. Pour toutes ces raisons, et pour la sympathie et la bienveillance qu'il nous a toujours témoignées depuis l'époque où nous disséquions sous sa direction à l'Ecole pratique, nous avons pour ce chirurgien une bien vive reconnaissance. Que notre cher maître soit donc assuré de notre profonde gratitude.

Tout à fait au début de notre carrière d'étudiant, nous avons été élève de M. Paul Reclus, alors chirurgien de l'hôpital Broussais. Nous avons gardé le meilleur souvenir de son enseignement si clair qu'il ne dédaignait pas de mettre à la portée des jeunes.

Plus tard, ce sont surtout MM. Peyrot, Bazy et le Professeur Guyon qui ont présidé au développement de nos études de pathologie externe, et le Professeur Tarnier et M. Bar nous ont enseigné l'art des accouchements. Ces maîtres nous ont inculqué de sains et solides principes et nous leur adressons tous nos remerciements.

En médecine, nous avons eu pour principaux maîtres MM. Lancereaux et Duguet ; puis, M. le Professeur Landouzy qui nous a appris les difficultés de la thérapeutique clinique. Nous allons nous trouver bientôt aux prises avec la clientèle et veillerons à ce que nos malades profitent de leurs savantes leçons.

C'est particulièrement auprès de M. Brocq, l'éminent dermatologiste, que nous sommes parvenu à comprendre l'importance du diagnostic et du traitement des maladies syphilitiques et de la peau : nous avons cru devoir lui dire ici que nous ne l'oublions pas.

M. Poirier, chirurgien des hôpitaux et chef des travaux anatomiques à la Faculté a bien voulu nous admettre à travailler pendant de longs mois dans son laboratoire privé et nous avons pu, de la sorte, compléter nos études pratiques d'anatomie et de médecine opératoire. A ce chirurgien aussi et à M. Chantemesse de l'Institut Pasteur, médecin des hôpitaux et agrégé de la Faculté, qui a dirigé nos travaux de bactériologie au laboratoire de pathologie expérimentale, nous tenons à dire que nous nous rendons compte de ce dont nous leur sommes redevable.

Enfin, nous prions M. le Professeur Tillaux de croire que nous apprécions à sa valeur le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Définition. — Nature.

Avec Weller Van Hook et contrairement à la grande majorité des auteurs qui ont écrit sur cette affection, nous définirons la sacro-coxalgie : la localisation de la tuberculose à l'articulation du sacrum et de l'ilion et l'appellerons *arthrite tuberculeuse sacro-iliaque*.

Cette qualification nous paraît bien préférable à celle de *sacrarthrocace* de quelques auteurs allemands ou d'*arthro-pathie sacro-iliaque* (équivalent de *sacro-iliac-disease* des pays de langue anglaise), voire même de *sacro-coxalgie* sous lesquels on a décrit un certain nombre d'affections dissemblables telles que des manifestations rhumatismales, blennorrhagiques et puerpérales ayant leur siège dans l'articulation sacro-iliaque.

A notre avis, ces dernières sacro-coxo-pathies, qui sont bien étymologiquement des *sacro-coxalgies* puisqu'elles sont douloureuses, doivent être complètement distraites de la *sacro-coxalgie vraie* ou *arthrite tuberculeuse sacro-iliaque*, pour la triple raison qu'elles diffèrent de cette dernière, par leur nature, leur gravité, leur traitement.

Le terme de *sacro-coxo-tuberculose* que nous avons trouvé mentionné par M. Lannelongue est excellent et n'a que le

tort, comme celui de *coro-tuberculose*, de n'être pas consacré par l'usage.

Enfin, si l'on voulait tenir compte avant tout de la nature pathogénique, on pourrait dire aussi que la *sacro-coxalgie* vraie est l'*arthrite sacro-coxale à bacille de Koch*. Ce sera sans doute le langage de l'avenir, mais pour deux raisons nous n'avons pas été tenté de généraliser dès maintenant cette définition : c'est, d'une part, parce que le bacille tuberculeux, à notre connaissance du moins, n'a jamais été déterminé dans les suppurations sacro-coxales dont il s'agit, et, d'autre part, parce qu'il est possible que ce bacille ne possède pas la propriété exclusive d'engendrer l'arthrite fongueuse en question, et que des bacilles du groupe des actynomycètes ou de la classe des *aspergillus* jouissent de la même faculté ici comme dans la tuberculose pulmonaire.

Quoi qu'il en soit, il ne fait de doute pour personne, et cela depuis déjà bien longtemps, que les fongosités ou l'abcès froid qui résulte de leur fonte sont de nature tuberculeuse, absolument comme pour toute autre tuberculose articulaire.

Ainsi pensaient déjà les anciens auteurs : avec eux M. Delens, en 1872, et tous ceux qui l'ont suivi, cela bien avant la découverte du bacille de Koch.

S'il nous arrive donc, au cours de ce travail et pour nous conformer à l'usage, de parler de *sacro-coxalgie* sans qualificatif, c'est toujours à la seule *sacro-coxalgie tuberculeuse* que nous ferons allusion.

CHAPITRE II

Historique.

L'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque est connue depuis le commencement de ce siècle ; l'accord est aujourd'hui parfaitement fait à cet égard. Les auteurs qui l'étudièrent se placèrent à différents points de vue : les premiers donnèrent surtout de bonnes descriptions des lésions et, dès qu'elle eût une solide base anatomo-pathologique, l'affection fit son entrée dans la clinique. Plus près de nous, on s'efforça de traiter et on s'appliqua à guérir les malades porteurs de cette tuberculose articulaire.

Afin de bien montrer le chemin parcouru, nous distinguerons donc dans cet historique deux phases : l'une est avant tout ANATOMO-CLINIQUE si l'on s'attache à traduire l'état d'esprit des observateurs ; l'autre, récente, est principalement THÉRAPEUTIQUE. Les noms de Sayre et d'Ollier marquent l'apparition de cette phase nouvelle qui est essentiellement chirurgicale.

Première période : 1814-1879.

Période anatomo-clinique.

C'est en 1814 qu'un chirurgien français BOYER signale

pour la première fois l'affection sacro-iliaque dont il s'agit. On cherchera en vain dans les écrits de ses prédécesseurs la trace d'une notion exacte sur ce sujet. Ni Louis qui rapporta une observation de Philippe de Chartres à l'Académie de Chirurgie, ni l'Héritier ne virent — ainsi que l'ont fort bien fait remarquer Boissarie et Delens après lui — la véritable arthrite tuberculeuse de cette jointure.

Quelques-uns vont plus loin et font remonter cet historique jusqu'aux temps hippocratiques. Cela n'est pas exact non plus : ce dont il est question dans Hippocrate c'est, comme le dit Delens, de l'écartement des os du bassin, ou bien du relâchement des symphyses chez les femmes enceintes. Mais de la tumeur blanche de l'articulation sacro-coxale, il n'en est fait aucune mention.

Ainsi donc et sans conteste, BOYER est le premier à qui revient l'honneur d'avoir écrit sur ce sujet. Cet auteur y fait d'abord une simple allusion à propos de la *carie des os du bassin* (1) ; puis, dans le chapitre consacré à l'*écartement des os du bassin* (2), Boyer, quoique n'assignant aucun nom précis à la maladie nouvelle, la décrit très longuement et d'une façon fort complète. Il signale son origine le plus souvent *scrofuleuse* et son analogie, au point de vue de l'évolution et du traitement, avec les tumeurs blanches des autres articulations et la luxation symptomatique du fémur qu'on appelle aujourd'hui coxalgie.

Ces remarques sont parfaitement justes.

(1) BOYER. De la carie des os du bassin. *Traité des maladies chirurgicales*, Paris, 1814, t. III, p. 533.

(2) BOYER, De l'écartement des os du bassin. *Traité des maladies chirurgicales*. Paris, 1814, t. IV, pp. 139-144.

Quinze ans plus tard, Larrey (1), en 1829, parle brièvement de la même affection : le premier il la désigne sous le nom de *sacro-coxalgie*. L'expression a fait fortune. Avant de se vulgariser cependant, elle mit quelque temps, car en 1833, Laugier (2) emploie le terme de tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque, et Cloquet et Bérard (3), la même année, l'étudient sous le nom de carie des os du bassin. En somme, la confusion régnait encore et cela s'explique parce que les idées ne se répandaient pas aussi vite qu'aujourd'hui et que les observations et documents étaient en nombre absolument insuffisant.

Le jour se fit brusquement lorsque, se basant sur des faits personnels, un chirurgien allemand Hahn (4) vint donner une première et parfaite description de la maladie qu'il appelle, avec Larrey, la *sacro-coxalgie*. Là commence donc la véritable histoire de la sacro-coxalgie.

Sous l'influence de l'excellent travail de Hahn, on se mit à rechercher partout cette arthrite jusqu'ici peu connue. Il fallut cependant un certain temps avant que le mémoire allemand se répandit en France. Chambeyron (5) qui l'analysa dans les *Archives de médecine* en 1834, Frère (6)

(1) LARREY. *Clinique chirurgicale*, t. III, p. 330, 1829.

(2) LAUGIER. Tumeurs blanches des articulations du bassin. *Dictionnaire en 30 volumes*, t. V, 1833, p. 88.

(3) CLOQUET et BÉRARD. Carie des os du bassin. *Dictionnaire en 30 volumes*, Paris, 1833. t. V.

(4) HAHN. Ueber die sacro-coxalgie. *Allgemeine medizinische Zeitung*. Stuttgart, octobre 1833.

(5) CHAMBEYRON. Analyse du mémoire de HAHN. *Archives de médecine*, 1834, 2^e série, t. IV, p. 457.

(6) L. A. FRÈRE. Comment distinguer la sacro-coxalgie de la coxalgie et comment la traiter ? in thèse de Paris, 1838, pp. 19 à 27.

qui le reproduisit dans sa thèse de 1838, contribuèrent pour une large part à cette vulgarisation.

Dès lors, l'attention est attirée sur ce point et d'autres observations ne tardent pas à être publiées. Nichet (1), en 1840, cite un cas typique : il s'agissait d'un mal de Pott lombaire avec sacro-coxalgie droite. L'autopsie du malade révéla des lésions très avancées : le cartilage articulaire était presque complètement détruit. Giraud de Nolhac (2) fait connaître, dans sa thèse soutenue la même année, deux autres exemples qui nous semblent bien être des arthrites d'origine tuberculeuse. Puis vient Delineau (3) qui répète ce qui a été dit par ses prédécesseurs, et nous parle d'un procédé de mensuration de Sanson pour apprécier la différence de niveau des deux crêtes iliaques ; ce procédé, comme plusieurs autres qui ont été proposés dans la suite, ne nous paraît avoir aucune valeur.

On trouve tous les travaux ci-dessus mentionnés par M. Nélaton (4) au cours du résumé qu'il fit de la question dans ses *Éléments de pathologie chirurgicale* en 1847, date à partir de laquelle la maladie devient classique.

En 1852, un excellent mémoire qu'on trouve reproduit un peu partout vint rendre encore à la question un regain

(1) NICHET. *Gazette médicale*, n° 28, 11 juillet 1840, observation XV.

(2) GIRAUD DE NOLHAC. Quels sont les signes de la sacro-coxalgie ; comment la distinguer de la coxalgie et comment la traiter ? in thèse de Paris, 1840, pp. 16 à 28.

(3) DELINEAU. Quels sont les signes de la sacro-coxalgie ; comment la distinguer de la coxalgie et comment la traiter ? in thèse de Paris, 1842, pp. 13 à 24.

(4) NÉLATON. *Éléments de pathologie chirurgicale*, 1847, t. II, pp. 247-250.

d'intérêt : c'est celui de Hattute (1) ; il était d'ailleurs inspiré par l'un des pères de la sacro-coxalgie, par Larrey.

Vingt années s'écoulaient ensuite. De 1852 à 1872, cette histoire est marquée par quelques traits intéressants. En Allemagne, Gurlt (2) (1853) cite plusieurs faits de tumeurs blanches de la sacro-iliaque ; à Bruxelles, Crocq (3), dans son traité de 1853, rapporte une observation où l'influence bacillaire nous semble très nette ; en Angleterre, la leçon d'Erichsen (4) publiée en 1859 doit être particulièrement signalée : ce clinicien nous apprend comment il faut rechercher la douleur et laissa son nom à l'un des principaux symptômes de la sacro-coxalgie ; le diagnostic différentiel y est aussi très bien fait pour l'époque.

En France, Guéniot (5) avait, l'année précédente (1858), communiqué à la société anatomique un cas de tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque avec pièces à l'appui. Puis viennent la leçon clinique de Velpeau (6) et la thèse de son interne Boissarie (7) (1862), les pages consacrées à la sacro-coxalgie par Duplay (8) (1869) dans son

(1) HATTUTE. *De l'arthropathie sacro-iliaque*, thèse de Paris, 1852.

(2) GURLT. *Affections articulaires*, Berlin, 1853.

(3) CROCQ. *Traité des tumeurs blanches*, Bruxelles, 1853, p. 451.

(4) ERICHSEN (John). A lecture on the sacro-iliac disease. *Lancet*, London, 1859, I, p. 25.

(5) GUÉNIOT. Tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque droite. *Bulletin de la société anatomique*, 1858, p. 221.

(6) VELPEAU. Clinique sur la sacro-coxalgie faite à la Charité. *Gazette des hôpitaux*, 1862, p. 105.

(7) BOISSARIE. *De la sacro-coxalgie ou tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque*, thèse de Paris, 1862.

(8) DUPLAY. In FOLLIN ET DUPLAY, *Pathologie externe*, tome III, p. 98, Paris, 1862.

Traité de pathologie externe et l'article de Courty (1) dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Il convient de faire remarquer que le nom de Velpeau est relevé seulement en l'année 1862. En effet, les observations communiquées par lui en 1824, n'étaient que des arthrites post-puerpérales.

C'est donc à tort, dirons-nous avec Delens, qu'on a prétendu que Velpeau est, avec Boyer, le premier auteur qui décrit l'arthrite tuberculeuse sacro-coxale. Au contraire, l'exemple qu'il fait connaître dans la thèse de Boissarie en 1862 est bien un type de sacro-coxo-tuberculose : c'est pourquoi nous n'en parlons que maintenant.

Ici commence une dernière phase dans la période anatomo-clinique : elle s'étend de 1872 à 1879. Le nom de DELENS (2) illustre ce cycle d'années par la remarquable étude qu'il fait de la sacro-coxalgie dans sa thèse d'agrégation en 1872. Ce travail fait époque. On y trouve tout ce qui a été dit jusqu'alors ; enfin, un certain nombre de documents personnels y sont consignés. Aussi, tous ceux qui écriront depuis, puiseront largement dans ce précieux recueil. Le seul regret que l'on puisse formuler c'est que, dès ce moment, alors qu'il possédait sans conteste les éléments voulus de différenciation, Delens n'ait pas cru devoir séparer nettement l'étude de l'arthrite fongueuse de la sacro-iliaque des quelques autres affections douloureuses de cette articulation avec lesquelles il l'a associée.

(1) COURTY. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article *Bassin*, tome VIII, 1^{re} série, pp. 547 et 548.

(2) DELENS. *De la sacro-coxalgie*, thèse d'agrégation, Paris, 1872.

En 1874, quatre nouveaux cas sont publiés par Bounaix (1) dont trois avec autopsie. En 1876, nouvelle leçon clinique de M. Duplay (2). En 1878, paraît un volume du *Dictionnaire encyclopédique* où on peut lire un article de Chauvel (3) sur la question. En 1879, Demons (4) de Bordeaux présente, à la société de médecine et de chirurgie de cette ville, le bassin d'un homme ayant succombé à la sacro-coxalgie suppurée après infection secondaire de la coxo-fémorale.

Pendant ce temps, on ne restait pas inactif hors de France : Perkins (5), en 1874, fait des réflexions sur une arthrite sacro-iliaque droite suppurée occasionnée par un traumatisme ; Mason (6), en 1875, présente l'os coxal et le sacrum droits d'un homme de 61 ans mort de sacro-coxalgie : ici les ligaments étaient détruits et les os rongés sur une grande étendue.

Nous en aurons fini avec notre première période après avoir parlé de la leçon clinique faite par Heath (7), en An-

(1) BOUNAIX. *Contribution à l'étude de la sacro-coxalgie*, thèse de Paris, 1874.

(2) DUPLAY. Sur une collection liquide de l'aîne de provenance obscure, avec fistule rectale sus-sphinctérienne (Sacro-coxalgie suppurée). *Progrès Médical*, 30 déc. 1876, n° 53, p. 913.

(3) CHAUVEL. *Dict. encyclop. des sciences méd.*, t. VI, 1878. Article sacro-iliaque, pp. 87-91.

(4) A. DEMONS. Sacro-coxalgie suppurée. Pénétration du pus dans artic. coxo-fémorale. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1878-79, n° 30, p. 310.

(5) PERKINS. Suppuration in the left sacro-iliac joint from external injury. Death. Remarks. *Medical Press and Circular*, oct. 20, 1874.

(6) MASON. Meeting of New-York Pathological Society. *Med. Record*, N.-Y., vol. IX, p. 860.

(7) HEATH (CHRISTOPHER). Clinical lecture on Sacro-iliac disease. *British Medical Journal*, 1876, vol. II, p. 781.

gleterre, en 1876, et de la revue très consciencieuse publiée par Poore (1) en Amérique (1878). Celle-ci est très importante parce que l'auteur n'y analyse pas moins de 58 cas. Malheureusement toutes sortes d'arthropathies y sont encore confondues, les unes blennorrhagiques, d'autres puerpérales, etc.

Deuxième période (1879-1896).

Période chirurgicale.

La thérapeutique du premier âge était nulle ou à peu près. C'était le temps des moxas et des pâtes caustiques. Larrey avait beaucoup insisté sur les heureux effets des moxas dans la sacro-coxalgie. Gosselin (2), dont nous avons lu deux cliniques se rapportant surtout à l'origine rhumatismale et blennorrhagique de cette affection, recommandait les purgatifs. Velpeau prônait, entre autres moyens, les grands lavements qui formaient, disait-il, comme une sorte de cataplasme intérieur.

Cependant ceux qui avaient déjà constaté la nature tuberculeuse de cette maladie conseillaient l'immobilisation qui, pour la coxalgie, cette maladie si voisine, avait fait merveille grâce surtout à Bonnet.

Mais c'est tout ce qu'on connaissait de mieux et, lorsque survenaient des abcès froids, c'est à peine si l'on se décidait à les évacuer. Quelques-uns cependant ponction-

(1) POORE (C. T.). Diseases of the Sacro-iliac synchondrosis. *American Journal of Medical Sciences*, janv. 1878, vol. 75, p. 62.

(2) GOSSELIN. *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 574 et 1870, p. 297.

naient la poche et, lorsqu'elle était vidée, ils la remplissaient de teinture d'iode.

Quant au traitement sanglant, il restait lettre morte pour tous ou à peu près, car l'on ne peut guère considérer comme tel les minuscules ponctions que pratiqua Larrey avec un bistouri à lame étroite.

Et cette timidité n'était que très légitime. N'est-on pas saisi d'effroi lorsqu'on lit les deux premières observations de sacro-coxalgie traitée par Velpeau ? Dans la première, il est question d'un jeune homme porteur d'un abcès de la région fessière qui fut incisé par ce chirurgien : vingt-quatre heures après, le patient succombait de septicémie. Instruit par cette triste expérience, Velpeau, dans son second cas, — il s'agissait cette fois d'une vieille femme de la ville — crut devoir renoncer à l'instrument tranchant qu'il remplaça par des pâtes caustiques, afin d'ouvrir la collection : même résultat ; septicémie, mort en quelques heures.

Pour longtemps donc, l'influence néfaste d'une thérapeutique opératoire devait laisser sa trace dans l'esprit, et le bistouri fut banni. Même dans l'excellente thèse de Delens (1872) on retrouve les marques de cette tendance systématiquement abstentionniste.

Il est donc évident que l'avènement d'une cure chirurgicale établit en la question une date de premier ordre. C'est pourquoi les noms de Sayre (1) en Amérique et celui

(1) L. A. SAYRE. Sacro-iliac disease. *Orthopedic Surgery*, 1879, p. 332

de Ollier (1) en France inaugurent l'ère d'un immense progrès. A peu près vers la même époque, ces deux cliniciens trépanaient avec succès des bassins, soit au niveau même de l'articulation sacro-iliaque où bien dans la région juxta-articulaire.

Les résultats d'Ollier sont consignés dans la thèse de son élève Gouilloud (2), relative aux ostéites du bassin. On y peut puiser deux types d'ostéite tuberculeuse de l'ilion traités par la trépanation et siégeant, l'un à l'épine iliaque postéro-supérieure, l'autre à proximité de la symphyse sacro-iliaque.

Bientôt le distingué lyonnais fut suivi dans cette voie par Trélat (3) (1882). Bœckel (4), en 1882, rapporte un cas de trépanation d'un sacrum atteint de carie, puis viennent Baker et Johnstone (5) (1883), et les interventions de Tiling (6) (1883).

En 1884, Terrillon (7) trépana un bassin atteint d'ostéite au niveau de l'épine sciatique, mais cette intervention vise un point plutôt éloigné de la région qui nous intéresse.

Viennent ensuite les opérations de Péan, de Delor-

et Sacro-iliac disease and its differential diagnosis from morbus coxarius et Spondilitis, *New-York Med. Record.*, 15 février 1879, p. 143.

(1) (2) OLLIER in GOUILLOUD. Des ostéites du bassin au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement, thèse de Lyon, 1883.

(3) TRÉLAT. Sacro-coxalgie. *Journal des connaissances médicales*, 1882 (in thèse PROVENDIER).

(4) BÖCKEL. *Fragments de Chirurgie antiseptique*, Paris, 1882.

(5) BAKER et JOHNSTONE. *Holmes System of Surgery*, London, 1885.

(6) TILING. *Medicinishe Wochenschrift*, n. 29, St-Pétersbourg, 3 juillet 1883.

(7) TERRILLON. *Leçon clinique sur les ostéites du bassin*, *Semaine médicale*, n° 11, 13 mars 1894, p. 161.

me (1) (1886), celles-ci relatées dans la thèse de son élève Provendier (2) (1889), celle de Howard Marsch (3) publiée dans son précis des maladies articulaires (1886) et les deux interventions de F. J. Gant (4) (1887).

Nous mentionnons pour mémoire les articles de John Wood (5) (1880) et de Dubreuil (6) (1888. 4 cas) qui en sont encore, celui-là à la double extension et celui-ci à la simple incision suivie d'injection d'éther iodoformé, ainsi que le chapitre dans lequel Richard Barwell (7), en 1885, traite de la sacro-coxalgie dans l'*Encyclopédie Internationale de Chirurgie*.

Le travail de Weller Van Hook (8), paru en 1888-89, est un des plus instructifs qui existent sur ce sujet, tant au point de vue de la clinique qu'au point de vue opératoire.

A cette longue liste d'auteurs dont un certain nombre sont cités par M. Walther (9), en 1892, dans son article sur

(1) DELORME. Deux observations. Rapport de Chauvel à la Société de chirurgie, 1886, pp. 285-288.

(2) PROVENDIER. De l'intervention chirurgicale dans la sacro-coxalgie, thèse de Paris, 1887-88, t. XV, n° 26.

(3) HOWARD MARSCH. *Diseases of Joints*, London, 1886, pp. 360-366.

(4) F. J. GANT. Two cases of sacro-iliac synchondrosis, *Lancet*, London, 1887, t. II, p. 409.

(5) JOHN WOOD. Remarks on the employment of double extension etc. etc. *British medical journal*, 1880, vol. I, p. 837.

(6) A. DUBREUIL. Sacro-coxalgie. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 4 août 1888, pp. 361-363.

(7) R. BARWELL. *Encyclopédie internat. de chirurgie de Ashhurst*, t. IV. 1885, article : Sacro-coxalgie.

(8) WELLER VAN HOOK. Tuberculosis of the sacro-iliac joint. *Annals of Surgery St-Louis*, 1888, vol. VIII, p. 401 ; 1889, vol. IX, pp. 35 et 415. *Journal of Amer. Med. assoc.*, 1888, t. XI, p. 552.

(9) WALTHER. *Traité de Chirurgie de DUPLAY et RECLUS*, t. VII, 1892, article : *Sacro-coxalgie*.

la sacro-coxalgie du *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, nous ajouterons les publications qui suivent :

Le 5 février 1892, M. Pierre Delbet (1) fit, à la *Société Anatomique*, une très intéressante communication dans laquelle il nous décrit une forme anatomique et clinique nouvelle de la maladie, forme de laquelle il déduit des considérations thérapeutiques de haute importance.

Depuis lors, en 1894, M. Pierre Delbet (2) est revenu sur ce sujet dans une clinique qu'il nous fit à l'hôpital Laënnec, clinique qui fut recueillie par notre ami L. Longuet et publiée dans la *Presse Médicale*. Nous reproduisons ici les cas cités dans cette leçon. On trouvera de l'intérêt à les rapprocher de nos observations inédites qui proviennent également du service de M. Pierre Delbet.

En somme, en France et depuis six ou sept ans, rien de nouveau sur la sacro-coxalgie à part les travaux de M. Pierre Delbet.

Il n'en est pas de même à l'étranger. Précédant Van Hook, F. D. Bird (3) avait, en 1887, à une réunion de la Société médicale de Victoria (Australie), lu une communication intéressante sur cette question. Mais quoiqu'il fasse allusion au traitement opératoire en cas d'abcès, il ne cite que deux observations de malades au début qu'il dit avoir guéris au moyen de vésicatoires, cautérisation profonde, etc., aidés par le repos.

(1) PIERRE DELBET. De la sacro-coxalgie partielle. *Bulletin de la Société anatomique*, 5 février 1892.

(2) PIERRE DELBET. Leçon clinique sur la sacro-coxalgie partielle recueillie par L. LONGUET. *Presse médicale*, 11 août 1894, p. 253.

(3) BIRD F.-D. Sacro-iliac disease. *Austral. Méd. Journal*, Melbourne, 1887, N. S. IX, 253-267.

Puis vient une liste assez nombreuse de publications dont nous ne signalons ici que celles que nous avons pu nous procurer à la bibliothèque de la Faculté et ailleurs, renvoyant pour quelques autres — dont nous regrettons bien vivement de n'avoir pu prendre connaissance — à l'index bibliographique où nous les mentionnons.

Nous trouvons en Amérique, en 1890 et 1891, des communications de Lee (1) à la société orthopédique suivies de discussions, et, en 1893, Ridlon et Jones (2) traitent de l'arthropathie sacro-iliaque dans les *Annals of surgery*. Nous aurons occasion de revenir sur l'article de ces messieurs.

L'Angleterre est représentée par une opération heureuse pratiquée, en 1889, par M. Collier (3) chez une femme de 34 ans ; par G. H. Makins (4) qui examiné la question surtout au point de vue pronostique et opératoire devant la société clinique de Londres en 1893, et cite plusieurs cas d'intervention que nous reproduisons, de même que celui de Collier et un autre de P. T. Beale (5), publié également, en 1893, dans la *Lancet*.

(1) B. LEE. Sacro-iliac disease, *Trans. Amer. Orthop. Associat.*, 1890, Philadelphia, III, 63-72.

B. LEE. -Additionnal notes on injuries to the Sacro-iliac junction. *Trans. Amer. Orthop. Associat.*, Phil., 1891.

(2) J. RIDLON et R. JONES. Disease in the Sacro-iliac articulation. *Annals of Surgery*, Philadelphia, 1893, XVII, 285-292.

(3) M. COLLIER. On trephining the Sacro-iliac joint in the Sacro-iliac disease, with case. *Lancet*, London, 1889, II, 787.

(4) G. H. MAKINS. A note on the prognosis in cases of sacro-iliac disease. *Trans. Clin. Soc. London*, 1892-93, XXVI, pp. 127-135.

Idem. *Lancet*, London, 1893, I, 591.

(5) P. T. B. BEALE. Sacro-iliac disease with notes on its treatment, *Lancet*, London, 1893, I, 650.

Enfin vient Golding Bird (1) qui, l'année dernière, toujours devant la société clinique de la Métropole anglaise, se fait le champion de l'intervention très précoce, tout à fait au début, à la période de douleurs. Nous publions les cas opérés par ce chirurgien, et faisons nos réflexions sur sa communication au chapitre consacré à la thérapeutique.

(1) GOLDING BIRD. On early excision of the Sacro-iliac joint with cases. *Trans. Clin. Soc. of London*, vol. XXVIII, 1895.

CHAPITRE III

Les causes.

On faisait rentrer jadis, sous la rubrique de sacro-coxalgie, les manifestations à l'articulation sacro-iliaque des quatre maladies infectieuses suivantes :

1° La scrofule et la tuberculose ; 2° la puerpéralité ; 3° le rhumatisme ; 4° la blennorrhagie.

On doit à M. Duplay d'avoir commencé le démembrement en réduisant à deux ces quatre éléments morbides énoncés encore après lui dans Delens, dans Chauvel, même par des auteurs plus récents comme Poore. Dès 1862, M. Duplay (1) n'admettait que la tuberculose et l'état puerpéral.

Aujourd'hui, on va encore plus loin et nous avons vu que l'on n'admet plus qu'une seule cause.

La cause vraie de la sacro-coxo-tuberculose, c'est la présence et le développement d'un élément pathogène spécial, probablement toujours le bacille de Koch, dans l'articulation sacro-iliaque.

Telle est la cause fondamentale ; elle est nécessaire, mais elle n'est sans doute pas suffisante.

(1) DUPLAY in FOLLIN et DUPLAY. *Traité de pathol.*, t. III, p. 88, Paris, 1862.

Pour que la maladie se trouve constituée, il faut encore que d'autres conditions locales se trouvent réalisées ; que, par exemple, la jointure en question se trouve en état de moindre résistance.

Enfin, il importe aussi de faire intervenir la notion de l'individu, c'est-à-dire celle du terrain général.

Ces considérations nous amènent à envisager successivement une triple série de causes dont l'intérêt va décroissant.

§ 1. — Causes déterminantes.

Le bacille. — Nous n'avons aucune constatation certaine qui nous permette de préciser quel est l'élément pathogène. Moins que toutes les autres, l'articulation sacro-iliaque pathologique a fait l'objet de recherches à ce sujet. Toutefois, et par analogie, il est presque certain, d'après ce qui se passe pour toutes les autres tuberculoses, que la maladie est engendrée par le bacille tuberculeux.

Bien que la détermination de ce bacille n'ait pas été faite ici ; bien qu'à son défaut, on n'ait pas tenté non plus la méthode des inoculations, ce serait à l'heure actuelle commettre une véritable hérésie que de douter de la nature tuberculeuse des fongosités qui végètent dans cet article dès que la maladie est déclarée. Et d'ailleurs la tuberculose pulmonaire qui vient bien souvent compliquer la scène clinique de la sacro-coxalgie est encore une preuve qu'il s'agit bien d'une maladie tuberculeuse.

Tout ce qu'on peut se demander, c'est si le bacille de

Koch possède exclusivement cette propriété, ou si les organismes qui engendrent les pseudo-tuberculoses ne peuvent pas le suppléer dans certains cas, ainsi qu'on le constate quelquefois pour la tuberculose du parenchyme pulmonaire. Et cela serait parfaitement possible.

N'est-ce pas ici le lieu de rappeler qu'expérimentalement on est parvenu tout récemment à déterminer une arthrite tuberculeuse mycosique ? Sans doute, il ne s'agissait pas de l'articulation sacro-iliaque, mais il s'en faut de bien peu. Précisément ces recherches ont porté sur la *tuberculose vertébrale* et, plus d'une fois, nous aurons à dire combien la sacro-coxalgie est analogue par certains côtés au mal de Pott, avec laquelle d'ailleurs elle coïncide souvent.

On a lu sans doute l'expérience à laquelle nous faisons allusion. Le 25 janvier dernier, M. Renon (1) présentait à la société de biologie un lapin chez lequel il avait déterminé un mal de Pott typique avec abcès, se servant comme élément pathogène d'*aspergillus fumigatus*. Le parasite fut retrouvé dans le pus des abcès et dans les fongosités de cette arthrite. En revanche, les inoculations de ce pus démontraient qu'il n'y avait pas trace de bacille de Koch.

Enfin, il serait intéressant de savoir aussi si l'infection tuberculeuse sacro-iliaque est pure. N'existerait-il pas, à côté du bacille de Koch, des microbes pyogènes associés

(1) RENON. Mal de Pott aspergillaire. *Société de biologie*. Séance du 25 janv. 1896.

dont Pasquale (1) et Pawlowsky (2) ont montré l'existence dans les tuberculoses articulaires en général.

Le voisinage du rectum, peuplé de bactéries dont le transport peut demeurer inappréciable par les fines voies lymphatiques, ne serait peut-être pas étranger à cette infection secondaire. Et on comprendrait alors pourquoi le pronostic, ainsi qu'on le dit dès longtemps, paraît beaucoup plus grave dans la sacro-coxalgie que dans d'autres arthrites tuberculeuses.

Quoi qu'il en soit, cette infection associée intervient à coup sûr dans maints cas d'abcès ouverts spontanément ou même chirurgicalement avant l'ère bactérienne. Elle seule rend compte de l'issue rapide qui enleva les patients devenus des septicémiques dès que la poche fut en communication avec l'extérieur.

Voilà donc encore bien des inconnues, mais l'intérêt qu'elles soulèvent est la seule raison pour laquelle nous avons cru devoir en parler.

Qu'il s'agisse du bacille de Koch ou des pseudo-parasites tuberculeux, il ne suffit pas qu'ils existent quelque part dans l'organisme, il faut de toute nécessité qu'ils soient déposés au sein de l'articulation sacro-iliaque.

Quelle est la voie qui sert à ce transport? Dès maintenant nous en distinguerons deux : 1° *La voie par continuité* ; 2° *la voie lymphatique ou sanguine*.

1° LA VOIE PAR CONTINUITÉ. — Ce premier mode de con-

(1) PASQUALE. Di un novo microorganismo piogene, 1890. *Revue des sciences médicales*, 1892.

(2) PAWLOWSKY. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1892.

tamination ne peut être mis en doute : il arrive assez fréquemment que le bacille colonise d'abord dans une articulation voisine, et que de proche en proche, par irradiations successives, il attaque secondairement l'articulation sacro-iliaque.

On sait déjà que cette propagation peut avoir deux points de départ. Tantôt le rachis lombaire est le siège primitif du mal et alors la sacro-coxalgie complique le mal de Pott, comme dans deux cas de Simon Thomas de Leyde ; tantôt le foyer initial réside dans l'articulation coxo-fémorale ou même dans une ostéite tuberculeuse de l'os des iles (faits d'Ollier et autres) et, de proche en proche, l'infection gagne la jointure coxo-sacrée.

Et de fait, il y a fort longtemps qu'on remarque la co-existence de certaines tuberculoses sacro-iliaques avec d'autres arthrites de voisinage de même nature.

Précisément, les deux premières observations de sacro-coxalgies relatées par Hahn s'accompagnent de mal Pott lombaire. Il en était de même dans l'observation de Nichet, dans une de Delorme, dans une de Tiling et dans beaucoup d'autres.

Faut-il en conclure que la sacro-coxalgie est toujours secondaire à une autre tuberculose ostéo-articulaire de voisinage, que jamais elle n'est primitive ? Evidemment non ; et, d'après notre relevé des cas, nous ne pouvons nullement nous ranger à l'opinion de Ridlon et Jones (1), lorsqu'ils nous disent : « Ordinairement la sacro-coxalgie est secondaire à un mal de Pott. Elle est très rarement indé-

(1) RIDLON et JONES. *Loco citato*.

pendante du mal de Pott de la partie inférieure de la colonne vertébrale ». Il s'en faut de beaucoup, à notre avis, que cette coexistence s'observe aussi souvent que nous le disent ces auteurs.

2° LA VOIE LYMPHATIQUE OU SANGUINE. — Bien plus souvent, l'apport du parasite se fait par voie lymphatique ou sanguine.

Le bacille tuberculeux, après s'être introduit par une des portes d'entrée habituelles dans l'organisme, par la surface cutanée, le système digestif ou, surtout, pulmonaire, séjourne quelque part dans l'économie, généralement dans quelque ganglion lymphatique.

Sous une influence accidentelle comme le traumatisme par exemple, il peut émigrer de son cantonnement et profiter des leucocytes pour gagner le point traumatisé, soit par les canaux sanguins, soit par les canaux lymphatiques. Arrivé là, le microbe rencontre un terrain propice à son développement et se met à pulluler. La grande quantité de sang qui parcourt les aréoles spongieuses du sacrum est favorable à cette manière de voir. C'est pour cela sans doute que le premier foyer du mal semble, le plus souvent, se faire par un noyau tuberculeux siégeant dans l'aile de l'os sacré. De là le noyau qui grandit à l'état latent ne tarde pas à atteindre l'articulation. Dès lors, l'arthrite se déclare.

§ 2. — Causes prédisposantes locales.

On trouve dans l'étiologie ancienne de cette maladie une

foule de causes banales dont le rôle est des plus problématiques.

Velpeau, Chauvel, Bounaix, ont accusé le froid humide d'engendrer la maladie. Nous savons aujourd'hui ce que cela veut dire. Le froid agissant localement resserrerait les capillaires et empêcherait la diapédèse de se produire au point où il se serait fait un dépôt de microbes. La pululation des micro-organismes s'effectuerait donc rapidement et l'affection ne tarderait pas à se constituer. C'est là une explication que nous donnons mais, personnellement, nous n'attachons aucune importance à cette influence régionale du froid humide.

Nous laisserons donc de côté toutes les banalités pour ne retenir que deux notions dont l'importance nous semble manifeste : L'une est d'ordre physiologique et tirée de l'ostéogénie : c'est l'ACTIVITÉ FORMATRICE. L'autre est une cause accidentelle occasionnelle : c'est le TRAUMATISME.

1° L'activité formatrice. — Tous les auteurs ont insisté sur ce point que la sacro-coxalgie est une maladie de la jeunesse.

Lorsqu'on confondait encore la sacro-coxo-tuberculose avec toutes les autres sacro-coxo-pathies, on pouvait admettre, sur la foi de Velpeau, que « cette maladie se rencontre à tous les âges, chez les jeunes gens et chez les vieillards, dans la pratique de la ville et dans celle de l'hôpital, chez le riche et chez le pauvre ».

Il y a longtemps qu'on ne se contente plus d'une aussi vague formule que les statistiques démontrent d'autant plus fausse que les auteurs ont plus de tendance à ne con-

sidérer comme sacro-coxalgies que l'arthrite d'origine tuberculeuse.

Erichsen, puis Delens qui cependant n'avaient pas encore isolé l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque, ont déjà montré que l'articulation qui nous occupe est surtout atteinte par la maladie entre 20 et 35 ans. Barker arrive au même résultat lorsque son relevé lui donne comme limites extrêmes 15 et 52 ans et, comme moyenne, 22.

En effet, les cas se comptent aisément qui font exception à cette règle. On cite ceux de Heater et de Bigg chez des nouveau-nés ; ceux de Marjolin (1 an) ; de Poore (4 et 5 ans) ; de Hulke (8 ans) ; de Simon de Leyde rapporté par Delens (10 ans et 12 ans) ; de Péan (11 ans) ; de Croley (13 ans) ; de Zwicke (14 ans) ; de Charon (7 et 9 ans) ; etc., etc. Comme cas de sacro-coxalgie de la vieillesse, Gosselin parle d'un homme de 48 ans, Velpeau d'une vieille dame, Crocq d'un malade de 68 ans, F. D. Bird d'une femme de plus de 60 ans, Gould d'un homme de 60 ans et Mason, également d'un homme de 61 ans.

Il est probable que ces anomalies seraient encore bien moins nombreuses si on avait pris soin d'éliminer rigoureusement de cette liste tout ce qui n'est pas franchement de la tuberculose.

Van Hook qui, ainsi que nous l'avons dit, donne à son travail le même titre que le nôtre, a aussi dressé une statistique où, sur 33 cas, nous en trouvons 19 atteignant des gens de 15 à 25 ans, et 7 chez des enfants de 5 à 15 ans ; les autres sont des malades de plus de 30 ans.

En somme, il est nettement établi que la sacro-coxo-tuberculose est une maladie de la deuxième jeunesse.

En réalité, ce n'est pas l'âge qui a la moindre action prédisposante, c'est le phénomène physiologique qui se passe à cette époque de la vie du côté des épiphyses marginales du sacrum et de l'os iliaque.

Ollier, Charpy, Gouilloud ont remarquablement traité cette question qui domine toute la pathologie des infections spécifiques ou non spécifiques des os du bassin. Tandis que jusqu'à 16 ans, âge jusqu'auquel on observe de préférence la coxalgie, tout le travail ostéogénique se passe du côté de la partie centrale de l'os coxal et principalement de l'acetabulum, à partir de cet âge, l'activité formatrice se porte vers les épiphyses marginales du même os coxal et vers celle du sacrum.

Au sacrum, les épiphyses marginales naissent de 18 à 20 ans. Elles sont constituées chacune par la réunion de plusieurs nodules osseux. Le supérieur forme la facette auriculaire, l'inférieur est destiné aux deux premières vertèbres sacrées, et c'est de 20 à 23 ans que la masse épiphysaire sacrée se soude définitivement au restant du sacrum.

A l'os iliaque, l'épiphyse marginale n'apparaît que lorsque les trois pièces primitives de cet os et les os intercalaires qui leur sont annexés sont complètement fusionnés, c'est-à-dire à l'âge de 16 ans, époque où la cavité cotyloïde a achevé sa complète évolution. Alors on voit se développer l'épiphyse iliaque vers 17 ans, par cinq points primitifs. L'un de ces points est destiné plus spécialement à la crête ; c'est lui qui forme l'épiphyse marginale véritable. Il comprend plusieurs points osseux dont un pour l'épine iliaque antérieure et inférieure, l'autre pour l'épine iliaque

postérieure et supérieure. Ce dernier qui nous intéresse plus particulièrement, puisqu'il fait partie de l'articulation sacro-iliaque, ne se soude à la masse principale que vers 20 à 25 ans et même plus tard.

En résumé, les phénomènes intimes de la nutrition nous expliquent clairement pourquoi la sacro-coxalgie vraie s'observe de 20 à 35 ans, pourquoi elle est *post-pubertique*. Il y a entre ces deux facteurs une relation évidente, et c'est avec raison que Gouilloud dit : « Il n'est pas douteux que pendant la croissance et même plus tard, la zone juxta-épiphysaire est plus propice qu'aucun autre point au développement des tubercules ».

Bien entendu, cette cause n'est que secondaire : il faut toujours, et avant tout, que le patient porte en lui le germe tuberculeux. Mais le bacille trouve évidemment dans les épiphyses fertiles où se passent une circulation plus intime, une cause d'appel et aussi un terrain plus particulièrement propre à son développement : c'est pourquoi nous n'avons pas craint d'y insister.

2° Le traumatisme. — Tour à tour, et suivant les âges, le traumatisme a été considéré comme une cause de quelque valeur, ou bien au contraire comme absolument négligeable.

Boyer mettait en doute son action. Giraud de Nolhac cite le cas d'une blanchisseuse qui tomba malade après avoir fait un effort en portant un paquet de linge dans un escalier. Delens rapporte l'observation d'un malade du service de Lefort chez qui l'affection se développa à la suite

d'une chute ; puis Hahn, Ollier, Zwicke prennent en considération le traumatisme. M. Delorme y souscrit : il parle d'entorses sacro-coxalgiques. F. D. Bird, Ridlon et Jones l'admettent.

Il n'est pas nécessaire que le traumatisme soit bien grand : une série de secousses fréquemment répétées, des ébranlements multiples, des marches fatigantes, des efforts prolongés sont autant de modalités qui sont susceptibles de rendre l'article sacro-iliaque vulnérable.

C'est ainsi que depuis Hattute, et avec Bounaix, on accepte l'influence nuisible des exercices chez le jeune soldat, et l'on incrimine surtout l'action des selles mal rembourrées chez les cavaliers ou celle des caissons d'artillerie non suspendues ; c'est ainsi encore qu'avec Hahn (3 cas), on a reconnu — et nous en relatons une observation de M. Delbet — que les tailleurs sont plus spécialement prédisposés par suite des fatigues que détermine leur attitude.

Faut-il accorder une réelle valeur à l'action du traumatisme dans la genèse de la maladie ? Cela nous paraît presque indubitable, à condition que l'on subordonne la notion de ce traumatisme à celle d'une infection tuberculeuse pré-existante ; autrement dit, il faut admettre que le traumatisme n'a qu'un rôle de *cause prédisposante locale*.

Et cependant, ce n'est pas l'avis de tous. On sait qu'un orthopédiste contemporain des plus connus considère, même à l'heure actuelle, que le traumatisme à lui seul est une cause parfaitement suffisante pour produire le mal de Pott, une cause suffisante pour produire la coxalgie. Il ne faut donc pas s'étonner si, à propos de la sacro-coxalgie,

ce même chirurgien — on devine qu'il se nomme Sayre — soutient exactement la même théorie.

D'après ce que nous avons lu sur la question, il est bien peu d'auteurs qui partagent la conception de l'orthopédiste américain. Presque tous croient au traumatisme mais seulement en tant que *cause seconde*.

N'est-il pas, en effet, bien vraisemblable que le traumatisme a — Van Hook le fait remarquer — ici la même influence que dans toutes les tuberculoses de l'économie et dans les tuberculoses articulaires en particulier ?

Tout récemment, M. Chauffard (1) signalait des cas très intéressants de pleurésies tuberculeuses dues à un traumatisme, le traumatisme ayant suffi pour créer un *locus minoris resistentiae* chez des tuberculeux préalablement infectés.

Dans les tuberculoses articulaires en particulier, l'expérience célèbre de Max Schüller est devenue beaucoup trop classique pour que nous y insistions.

Notre conclusion sera que, comme le dit Chauffard dans l'article remarquable dont nous venons de parler : « Le traumatisme fait la lésion, mais c'est le blessé qui le signe de son nom ».

Ostéogénie, traumatisme, tels sont les deux seules causes locales qui nous ont paru dignes d'être acceptées. Les autres sont beaucoup plus discutables.

L'on a dit que « l'articulation sacro-iliaque, tout en ne

(1) CHAUFFARD. Pathogénie des pleurésies traumatiques. *Semaine médicale*, 26 février 1896.

jouissant pas de mouvements étendus, est une de celles qui fatiguent le plus puisqu'elle constitue la voie de transmission du poids du tronc et des membres supérieurs à la base de sustentation, aussi bien dans la station debout que dans la station assise (1) ».

Cette cause est, en effet, assez rationnelle. La station sacro-iliaque, de même que les articulations vertébrales travaillent évidemment plus que les autres jointures de l'économie puisqu'elles ne se reposent que dans le décubitus. Quelques auteurs récents cependant n'y attachent aucun crédit.

Enfin, si cette cause a une réelle action, elle rentre dans le cadre des influences traumatiques que nous venons de voir et il n'y a pas à y insister davantage.

Il fut un temps où l'on parlait beaucoup de la *grossesse* comme cause déterminante. Nous pourrions l'accepter, mais comme cause occasionnelle chez un sujet en puissance de tuberculose.

Il est possible, en effet, que les mouvements physiologiques dont la symphyse sacro-iliaque est le siège pendant la grossesse favorisent les entorses et traumatise cette articulation (2), et M. Panas admet que la grossesse exerce une influence indiscutable sur le développement des tumeurs blanches des articulations du bassin. En tout cas, il ne faudrait encore voir là qu'une cause traumatique.

(1) WALTHER. *Loco citato*.

(2) V. BUDIN, Note sur un nouveau moyen qui permet de constater l'existence des mouvements au niveau de la symphyse pubienne pendant la grossesse, *Progrès médical*, 1875, p. 716.

Mais tout cela reste encore théorique par ce fait que l'immense majorité des sacro-coxalgies admises comme dues à la grossesse ou aux manœuvres du travail, ou consécutives à l'accouchement, remontent à une époque où fleurissait la fièvre puerpérale et n'étaient, en réalité, que des arthrites suppurées dues à la pyohémie. Comme telles, elles n'ont rien à voir avec la tuberculose de la jointure sacro-coxale qui nous occupe.

A plus forte raison, éliminerons-nous du cadre de cette pathogénie, le rhumatisme invoqué par Larrey, par Gosselin ; la syphilis dont parle Hattute ; la suppression brusque d'une fièvre typhoïde, incriminée par Hahn ; la blennorrhagie citée par Fournier et Le Dentu ; les excès vénériens signalés par Larrey et Stoll, etc., etc.

§ 3. — Causes prédisposantes générales.

Reste à considérer l'influence des causes prédisposantes générales, c'est-à-dire à rechercher l'influence du terrain.

Il est à présumer que, *a priori*, l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque doit apparaître plus volontiers sur un sol débilité. Cela est vrai quelquefois, mais c'est faux plus souvent encore.

Plusieurs des malades de M. Pierre Delbet cependant étaient non seulement en puissance de tuberculose, mais en tuberculose déjà disséminée aux poumons. Comme ils étaient arrivés déjà à une période avancée de leur maladie sacro-coxale, il est difficile de dire quelle fut la

première localisation, pulmonaire ou articulaire ? Deux autres malades avaient déjà été réformés pour faiblesse de constitution.

Ailleurs, l'état général était délabré par une fièvre éruptive antérieure, une rougeole, une scarlatine, ou surtout une typhoïde sur laquelle insiste Duplay.

A ce propos, nous rappellerons que certaines ostéo-arthrites post-typiques peuvent simuler par leur évolution froide les formations tuberculeuses, d'autant plus qu'elles surviennent parfois six mois ou un an après la dothiénentérie. En pareil cas, si l'on pratique l'examen bactériologique, on trouve du bacille d'Eberth alors qu'on pensait avoir affaire à du bacille tuberculeux : on voit combien le pronostic se trouverait être plus favorable dans le cas de suppuration Eberthienne.

Revenant à la sacro-coxo-tuberculose nous ajouterons qu'il est très fréquent de voir la maladie se déclarer chez des individus à peine tarés, voire même vigoureux.

De telle sorte que ces causes sont, en somme, banales ; qu'elles n'interviendraient que comme coïncidence ou comme influence très éloignée. Et, si elles ont leur importance, c'est beaucoup moins au point de vue pathogénique qu'au point de vue traitement, car l'intervention peut se trouver, de ce seul chef, ajournée ou contre-indiquée.

§ 4. — **Fréquence.**

En terminant ces considérations générales, il nous reste à dire un mot de la fréquence de la sacro-coxalgie.

Il est presque impossible de se faire une idée exacte sur ce point parce que les auteurs réunissent partout pêle-mêle les cas les plus dissemblables. On retrouve cette erreur dans les statistiques les plus importantes, comme celle de Poore qui nous donne 48 cas ; dans celle de Sayre 18 cas.

D'une manière générale, en Amérique et sous l'influence de Sayre, on considère la maladie comme très fréquente ; en Angleterre, au contraire, les auteurs les plus autorisés disent qu'elle est très rare.

Il est à remarquer cependant que les auteurs qui eurent leur attention attirée sur cette question en relèvent sans peine plusieurs cas personnels : ainsi Hahn, ainsi Erichsen, Delens, Hattute, Bounaix, etc.

De 1870 à 1883, Baker en a vu 15 cas. F. D. Bird relate qu'au « University College Hospital », on a pu suivre 15 malades de 1871 à 1880.

Pour notre part, nous n'avons pas observé moins de six cas probants et deux probables avec M. Delbet, en 18 mois à peu près, et nous savons qu'il en existe actuellement d'autres en traitement dans les hôpitaux de Paris.

Nous serions donc peut-être tenté de croire encore à l'heure présente que, comme le dit Delens, « si les chirurgiens qui ont précédé notre époque n'en ont pas plus

souvent parlé c'est, le plus souvent, qu'ils l'ont méconnue ».

En Angleterre et en Amérique surtout, sous l'influence de Sayre, de Van Hook, on a publié une foule de cas depuis six ou sept ans, et il n'est guère admissible que la maladie soit plus commune dans ces pays qu'en France puisque, ainsi que nous venons de le dire, c'est l'opinion contraire qui prévaut de l'autre côté de la Manche.

Il est donc vraisemblable que la sacro-coxo-tuberculose est beaucoup moins rare qu'on ne le dit le plus souvent.

L'on souscrira encore mieux à cette proposition lorsqu'on aura pris connaissance des formes *partielles et frustes* sur lesquelles nous insisterons et qui, pendant de longs mois au moins, risquent de passer inaperçues, ou bien sont prises pour des *névralgies sciatiques* dont elles revêtent l'aspect.

Cependant, et malgré toutes ces considérations, la tuberculose sacro-coxale vient bien loin comme fréquence derrière le mal de Pott, la coxalgie, la tuberculose du genou et celle de toutes les grandes articulations.

Sexe. — Il nous faudrait dire aussi, pour être complet, un mot du *sexe*. Comme les statistiques varient, suivant qu'elles admettent ou non la sacro-coxalgie puerpérale, il s'ensuit qu'elles arrivent à des résultats contradictoires et que nous manquons encore de notions exactes sur ce point dont l'intérêt est d'ailleurs très faible ou nul.

Disons cependant que, si l'on ne fait entrer en ligne de compte que les arthrites tuberculeuses sacro-iliaques pures, les hommes paraissent en être plus souvent atteints que les femmes.

CHAPITRE IV

Les lésions.

Les désordres que produit le bacille de Koch dans la jointure sacro-iliaque varient selon l'*âge* des lésions : c'est pourquoi il convient de les étudier successivement : au *début*, à la période d'*état* et à la période de *terminaison*.

En outre, comme ces lésions évoluent un peu différemment suivant les individus, il convient d'envisager à part les formes anatomiques vulgaires et *classiques* d'une part ; les formes anatomiques *anormales* et peu connues d'autre part.

Donc, cette étude comprendra *deux chapitres* distincts : dans l'un il sera question des FORMES NORMALES, dans l'autre des FORMES ANORMALES.

§ 1. — Formes normales.

A. — Période de début. — Nous savons peu de chose sur les altérations initiales. En effet, personne n'a peut-être jamais eu l'occasion de faire l'autopsie d'un sacro-coxalgique au début ; il faudrait que le malade fût emporté par un accident intercurrent, ce qui est rare. Et si le contrôle est exceptionnellement pratiqué sur le cadavre à cette première période, il l'est encore plus rarement sur

le vivant, car les opérations, à part quelques-unes qui ne sont pas très démonstratives, ont jusqu'ici toujours été faites soit à la seconde, soit à la troisième période, alors que tous les tissus sont envahis.

L'intérêt consiste à savoir quel est le siège primitif du mal. Est-ce la synoviale qui est si peu développée dans cet article? Est-ce, au contraire, le système osseux? L'origine est-elle *synoviale* ou *osseuse*? Ce sont là les deux seules questions qui demandent à être éclairées. En effet, on ne discute guère aujourd'hui sur l'origine ligamenteuse admise ici par Hahn, ni sur l'origine cartilagineuse de l'arthrite tuberculeuse.

La CHONDRITE tuberculeuse primitive est exceptionnellement rare si tant est qu'elle existe.

A ce propos, il convient toujours de faire remarquer avec Renaut (1) que l'absence de lymphatiques ou de vaisseaux sanguins dans le cartilage force à localiser la lésion primitivement dans le périchondre, l'os ou la synoviale voisins. Nous refusons donc de souscrire à l'opinion de Péan (2) lorsqu'il nous dit, à propos de la sacro-coxalgie : « Lorsque la maladie débute par l'articulation, c'est le cartilage intercatalaire qui est pris le premier et qui est le plus altéré ».

L'ORIGINE SYNOVIALE. — Erichsen est le premier auteur qui crut à l'origine primitivement synoviale de la sacro-coxalgie. Après lui, M. Duplay pensa que chez les femmes

(1) RENAUT. *Lyon Médical*, mai 1888.

(2) PÉAN, in thèse de SOULIGOUX. *Pathogénie des abcès froids*, 1893.

en couches, c'est aussi la membrane synoviale qui en est le siège initial. N'ayant en vue que les sacro-coxalgies tuberculeuses, nous n'avons pas à développer ce qui concerne plus spécialement les cas déjà anciens d'arthrite puerpérale.

Dans d'autres cas, on a constaté que les surfaces articulaires étaient recouvertes de fongosités, les os paraissant eux-mêmes moins altérés. Mais on ne peut tabler sur ces lésions qui, de part et d'autre, étaient trop avancées.

En tous cas, il est très vraisemblable que, comme le dit Delens, « ces fongosités ne pouvaient avoir pris naissance aux dépens de la synoviale depuis longtemps détruite et qu'elles provenaient manifestement du tissu spongieux des os cariés ».

Van Hook s'est attaché à préciser cette importante question et relate, comme de nature à nous édifier sur ce point, quelques faits intéressants, observés à une date assez rapprochée du début.

Morel (1) présenta des pièces provenant d'une femme sacro-coxalgique, morte à la suite d'accouchement. Malheureusement, le compte rendu ne donne pas de renseignements suffisants et, somme toute, le doute persiste sur le centre primitif de la tuberculisation dans ce cas.

Le Dr Satterthwaite (2) rapporte le fait suivant : « En séparant le sacrum de l'ilion, on trouve, sur deux points opposés de la surface, un endroit où l'os était carié dans une étendue égale à la grosseur d'une pièce de cinq centi-

(1) MOREL. *Bulletin de la société de chirurgie*, 18 mai 1857.

(2) SATTERTHWAITE. Société pathologique de New-York. *New-York Medical Record*, 26 mai 1877, p. 327.

mes ». Ici le début est bien observé, mais il est regrettable que l'auteur n'ait pas fait mention de l'état de la synoviale et du cartilage. Comme ces deux excavations paraissaient du même âge et étaient de même étendue, opposées l'une à l'autre, Van Hook incline à penser que le mal avait dû commencer entre les deux surfaces osseuses, c'est-à-dire dans la synoviale. Cette hypothèse serait plus vraisemblable que celle de deux noyaux osseux primitifs, surtout si les lésions siégeaient en bas, à proximité de la surface interne de la capsule, là où existe un diverticule de la séreuse, car, si de ces deux noyaux osseux l'un avait été consécutif à l'autre, la surface auriculaire aurait été plus malade d'un côté que de l'autre.

Enfin, Van Hook fait intervenir, en faveur de l'origine synoviale, le fait de guérisons assez fréquentes dans certaines formes légères dont Sayre dit avoir observé, pour sa part, un certain nombre d'exemple. Ces considérations font penser, dit Van Hook, « que les lésions du début ont dû embrasser quelque tissu mou, tel que la synoviale. Le faible développement de la synoviale dans cette jointure, les obscurs mouvements qui s'y passent expliqueraient pourquoi les formes primitivement synoviales ont ici, plus qu'ailleurs, une tendance à guérir sous l'influence du traitement ».

Ces réflexions sont légitimes et pleines d'intérêt, mais la question n'en reste pas moins entièrement pendante. A tout cela, il serait infiniment préférable d'avoir quelques faits probants et ces faits, si nous en exceptons une maladie de Golding Bird où une opération très précoce fit

découvrir un début probablement synovial, nous ne les avons pas jusqu'ici.

Voyons l'ORIGINE OSSEUSE. --- Celle-là, au moins, n'est plus discutable. Depuis Boyer qui avait remarqué que « la carie commence sur la face antérieure du sacrum », des autopsies ont été faites, des interventions ont été pratiquées qui ont démontré que les lésions étaient encore localisées aux épiphyses marginales.

Dans d'autres cas, les désordres articulaires étaient si peu marqués comparativement à ceux des os, qu'il n'est guère permis de douter que le système osseux fût le siège premier de la maladie. Hahn admettait déjà cette origine comme très probable, étant donnée la structure éminemment vasculaire des deux os et leur mode de développement. En fait, dit Van Hook, « les os étaient pris dans tous les cas où ils ont été examinés ».

Mais ce n'est pas tout de savoir que, dans l'immense majorité des cas, l'origine est osseuse. Il reste encore à rechercher quel est l'os, sacrum ou ilion, qui fut pris le premier. Là dessus les opérateurs peuvent nous donner quelque renseignement, car il leur fut donné, à plusieurs reprises, de découvrir des lésions peu avancées.

Dans un cas de Ollier (observ. citée par Gouilloud), dans celui de Trélat, dans ceux de Delorme (3 cas), l'os iliaque paraît pris le premier.

Ailleurs, c'est le sacrum qui doit être mis en cause : Boyer, puis Stoïcesco avaient considéré leurs cas comme étant d'origine sacrée. M. Delens cite aussi un exemple. L'observation de Beale que nous rapportons a trait à un

début évidemment sacré qui se serait prolongé jusqu'à l'articulation si l'apparition de fistules n'avait pas provoqué l'opération. « Dans mes deux cas, dit Delbet (1), je crois que le sacrum a été le premier atteint. En effet, si l'os iliaque avait été primitivement pris, on ne s'expliquerait pas les douleurs sciatiques qui ont marqué le début de l'affection ; tandis que les douleurs s'expliquent aisément avec un foyer osseux dans le sacrum ». Cette considération n'est pas sans importance, car elle est de nature à renseigner le chirurgien ; elle peut lui indiquer par quelle route il a le plus de chance d'arriver en droite ligne au cœur même de cette ostéo-arthrite bacillaire.

Pour nous résumer, nous dirons que le début synovial reste à démontrer, que le début osseux répond à l'immense majorité des cas.

Est-ce par le sacrum, est-ce par l'os coxal que commence le mal ? A cette dernière question, on ne peut encore donner une réponse définitive, les faits étant en nombre trop insuffisant. Cependant, en ce qui concerne nos formes *frustes*, sur lesquels nous reviendrons dans un instant, étant donné que la douleur siège au début sur le trajet du *sciatique*, nous dirons, avec M. Pierre Delbet, qu'il s'agit là très probablement d'un *foyer sacré primitif*.

B. — Période d'état. — La tuberculose ne procède pas ici autrement que dans les autres tuberculoses articulaires. Il arrive vite un moment où tous les tissus sont pris : os, cartilages, synoviale, ligaments, tissus voisins, vaisseaux et nerfs.

(1) PIERRE DELBET. *Loco citato*.

1° Os. — Après une période d'infiltration, l'ostéite spécifique ou bacillaire aboutit à des lésions de deux ordres : l'ostéite *hypertrophiante* et l'ostéite *atrophiante*.

Le tissu spongieux devient mou, friable, offrant l'aspect de la carie, comme on disait autrefois. Il se creuse de cavités multiples, véritables cavernules. Ces cavités médullaires se remplissent de végétations de nouvelle formation, fongosités qu'édifie le bacille de Koch. Les vaisseaux se thrombosent et la circulation se fait mal dans toute l'épiphyse. En certains points, de petits départements tombent en nécrobiose et des *séquestres* se forment. Ceux-ci sont de toute dimension, pulvérulents ou, au contraire, gros comme une noix, comme une noisette et, bien souvent nous dit Kœnig, ils ont la forme d'un coin dont la base est tournée du côté de l'interligne articulaire. Leur élimination sera interminable lorsqu'ils se dirigeront vers l'extérieur.

On cite ici de nombreux exemples de ces séquestres. Un séquestre représentait toute la partie supérieure du sacrum dans un cas de Verneuil-Gadaud, et l'on trouve partout citée l'observation de Joyeux où le malade rendit à plusieurs reprises des séquestres par le rectum.

Van Hook a relevé 4 fois l'existence de séquestres dans 24 autopsies.

M. Trélat nous dit qu'il cueillit plusieurs fragments osseux, dont un, le plus volumineux, mesurait 2 centimètres et demi.

Dans un cas, M. Delorme trouve « un séquestre lamellaire au-dessus de l'échancrure sciatique de la dimension d'une pièce de 0,50 centimes en partie détachée ». Il

existait, en outre, un séquestre plus volumineux dans le voisinage de l'épine iliaque postéro-supérieure. Dans celui de Beale, on extrait des fragments de séquestres sacrés et vertébro-sacrés.

Dans le premier cas de M. Pierre Delbet, il y avait de « petits séquestres gros tout au plus comme des lentilles ».

Cette éventualité nous paraît donc assez fréquente pour que nous ayons cru bon d'y insister.

2° Le revêtement CARTILAGINEUX et fibro-cartilagineux ne tarde pas à être envahi par sa face profonde et, lorsqu'on pratique l'examen, soit à l'autopsie, soit pendant l'intervention, on n'en trouve généralement plus trace.

Un des premiers, Erichsen fit cette remarque dans un de ses cas personnels : « que les cartilages subissent la dégénérescence pulpeuse », comme on disait alors en Angleterre en parlant des tumeurs blanches. Cette dégénérescence n'est autre chose qu'une exubérance de fongosités tuberculeuses.

Le fibro-cartilage était complètement disparu dans le cas de Hahn ; disparu dans celui de Stoll, dans celui de Gadaud, de Stoïcesco, de Rey, de Nichet, etc., etc.

3° Quant à la SYNOVIALE, elle subit des altérations en tous points semblables ; elle se transforme en une nappe de végétations qui tendent à se hernier à travers les trous-seaux fibreux encore sains.

4° Les LIGAMENTS et le PÉRIOSTE des os voisins résistent assez longtemps.

Il ne faut pas oublier, en effet, que cette articulation

est très serrée et que les moyens d'union y sont remarquablement puissants : c'est pour cela sans doute que les ligaments existaient encore dans les cas d'Erichsen, de Huttute, de Rey, etc...

Il est même vraisemblable que cette disposition est capable d'imprimer aux lésions une évolution un peu spéciale. Trouvant un obstacle à leur progression du côté de la cavité articulaire, les fongosités, mécaniquement repoussées, ont une naturelle tendance à se reporter vers les parties excentriques où la résistance est moindre.

« D'après les observations que nous avons compulsées et d'après l'examen nécropsique de deux sacro-coxalgies, il nous paraît probable, dit Morestin (1), que très souvent ces lésions sont plutôt péri-articulaires qu'articulaires ». Les foyers tuberculeux entourent la jointure « en avant, au dessous, en arrière ».

Cependant, il n'est pas de tissu qui puisse résister au bacille de Koch, et, tôt ou tard, le tissu des ligaments lui-même se laisse infiltrer, puis détruire. Alors on peut trouver les ligaments, comme le constate Stoll, transformés en une masse blanc-jaunâtre ; quelquefois même ils sont complètement détruits comme dans le cas de Stoïcesco.

L'état des ligaments a une grande importance, car c'est de leur intégrité ou non que résultera la possibilité de la luxation spontanée, et de la disjonction de cette symphyse.

5° LES NERFS. — Chassées par la pression vers les ré-

(1) MORESTIN. *Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée*. Thèse de Paris, 1894, p. 147.

gions excentriques, les fongosités ne tardent pas à envahir les tissus qui avoisinent l'article.

Les nerfs sont engainés de manchons fongueux qui finissent par pénétrer dans leur intérieur pour en dissocier les filets nerveux : d'où des névrites, des douleurs.

Toutes les branches du plexus hypogastrique ont à souffrir de cette invasion, et, en particulier, les branches postérieures des nerfs sacrés et le nerf fessier postérieur de Trolard, les nerfs fessiers, honteux interne, le petit et le grand sciatique.

Ce dernier tout particulièrement est doublement atteint : il peut, en effet, l'être dans sa partie initiale, dans la traversée intra-sacrée de ses racines. M. Delbet (1) a bien mis ce point en lumière quand il nous dit : « Les douleurs s'expliquent aisément avec un foyer osseux dans le sacrum, puisque les branches d'origine sacrée du sciatique traversent cet os ».

A notre tour, nous ne saurions trop insister sur ce fait car il nous explique comment la *névralgie sciatique* devient souvent un des phénomènes prémonitoires de la sacro-coxalgie ; comment elle peut devancer de plusieurs mois l'apparition de tout autre symptôme subjectif ou objectif, tant que la lésion demeure encore latente et cachée au sein de l'épiphyse sacrée.

Plus tard, le tronc sciatique lui-même peut encore être comprimé, mais ce sera par une collection, par un abcès ossifluent à évolution sous-fessière, comme dans les observations de Guéniot, de Gouraud.

(1) PIERRE DELBET. *Loc. cit.*

6° VAISSEaux. — Mêmes dégâts du côté des artères : ainsi dans une des observations de Delorme, nous relevons un état lardacé qui comprimait les vaisseaux iliaques dont la lumière était réduite au calibre des axillaires.

Une autre fois, ce furent les vaisseaux hypogastriques qui s'ulcérèrent et déterminèrent une hémorrhagie mortelle (Cas de Morant Backer).

Les auteurs parlent peu de l'état des LYMPHATIQUES et des GANGLIONS. Il est presque certain qu'ils sont pris. Mais le seraient-ils, nous ne voyons pas en quoi cette adénopathie « rendrait toute intervention inutile », comme le dit Provendier ? Il ne s'agit pas ici de cancer.

7° MUSCLES. — Dans les muscles, c'est principalement le muscle fessier, le pyramidal, le psoas-iliaque qui se laissent infiltrer par les végétations bacillaires, et Delorme écrit, à propos du cas dont nous venons de parler, « que le psoas-iliaque est transformé en tissu lardacé, fibreux ». Finalement le muscle s'atrophie et subit la dégénérescence graisseuse (cas de Verneuil).

Enfin, il n'est pas jusqu'au PÉRITOINE PELVIEN qui ne se couvre d'un semis de granulations blanchâtres, véritable péritonite tuberculeuse (cas de Delorme).

C. — Période de terminaison. — Le terme ultime de ces altérations peut aboutir à trois résultats. L'un est heureux mais paraît très rare, c'est l'*ankylose* ; le second est la *luxation spontanée* ; le troisième est aussi défavorable qu'il est fréquent, c'est l'*abcès*.

1° L'ANKYLOSE, qui est démontrée possible ici par deux faits de Simon Thomas de Leyde, est le mode de guérison qu'il faut invoquer pour rendre compte des bons effets de certains traitements orthopédiques, bons effets dont Sayre a été témoin plus que tout autre, ou même des cas qui rétrocedent d'eux-mêmes.

Cette issue est à la fois désirable et redoutable :

Elle est à souhaiter puisqu'elle indique que le processus s'éteint, que le bacille succombe, que la granulation s'enkyste et se résorbe, puisqu'enfin, à part l'opération radicale, il n'y a aucun autre mode de salut dans l'arthrite vraiment tuberculeuse. Et l'ankylose est d'autant plus précieuse ici, qu'elle ne modifie nullement le pronostic fonctionnel dans la suite et n'entraîne aucune espèce d'impotence puisque, à l'état normal, cette articulation est le siège de mouvements nuls ou à peu près.

Elle est cependant à redouter s'il s'agit d'une femme. Des déformations en résultent du côté du bassin qui peuvent devenir une cause de dystocie. Cette fâcheuse éventualité est signalée dans le cas de Aepli (1), où il est fait mention d'un rétrécissement oblique par ankylose de la symphyse sacro-iliaque. Et nous pouvons penser que quelques-unes des femmes qui présentent des bassins de Nœgelé ou de Robert, doivent cette déformation à une ankylose résultant de l'arrêt de développement d'un foyer tuberculeux ayant siégé à une seule ou aux deux symphyses sacro-iliaques.

(1) AEPLI. Rétrécissement oblique par ankylose de la symphyse sacro-iliaque. *Correspondenz blatt für schweiz uerthzen*, 13 janvier 1890.

2° LA LUXATION SPONTANÉE. — Les dégâts considérables qu'on a lus plus haut donnaient déjà à penser que les surfaces articulaires sont menacées de se disjoindre, lorsque l'appareil ligamenteux a disparu. Vienne une cause minime, un traumatisme, un effort, et tout l'édifice défectueux et fortement excavé s'écroulera: il y aura dislocation.

Bien des auteurs ont redouté cette grave complication. Nous pensons même qu'ils en ont singulièrement exagéré l'importance, et que tous ceux qui ont voulu décrire du raccourcissement réel du membre inférieur dans cette maladie, avaient l'esprit quelque peu prévenu.

Lorsqu'on prend soin de rechercher, dans les comptes rendus bien pris d'autopsies, le nombre des cas dans lesquels les moyens d'union complètement détruits permettaient le libre glissement de l'os iliaque sur le sacrum, on remarque que ces cas sont, en somme, fort rares. Delens, lorsqu'il parle de cette mobilité anormale de la symphyse, n'arrive à en citer qu'un seul cas évident (cas de Larrey, thèse de Hattute).

Si, maintenant, nous nous reportons aux observations de Stoll, de Stoïcesco, de Demons, dans lesquelles les altérations ligamenteuses sont signalées comme beaucoup plus accentuées que dans tous les autres faits, on constate que les surfaces articulaires avaient cependant conservé leur contact. Van Hook fait aussi cette remarque que l'appareil ligamenteux est si puissant que jamais on ne le voit céder à l'influence destructive de la maladie, même lorsqu'elle est le plus avancée. Ridlon et Jones insistent sur la force et la puissance du ligament postérieur.

Mais laissons de côté les documents déjà anciens, et adressons-nous à des observations plus récentes comme, par exemple, aux constatations faites sur le vivant par des opérateurs : nous remarquerons que jamais ils n'ont rencontré cette sub-luxation.

Ainsi, dans les cas de Tiling, de Delorme où les lésions étaient extraordinairement étendues, il n'y avait cependant pas luxation.

Seul, F. D. Bird, d'après trois cas personnels, parle de mobilité extrême de cette symphyse, lorsqu'elle est détruite par les fongosités, mais ici non plus il n'est pas question de luxation.

C'est pourquoi nous considérons comme infiniment plus rare qu'on ne le dit cette issue, pourquoi aussi nous n'accorderons qu'une importance bien restreinte au raccourcissement réel dont nous parlent beaucoup d'auteurs.

Cette notion de la luxation spontanée post-sacro-coxal-gique nous a été transmise par les premiers chirurgiens, et date d'une époque où, comme nous l'avons déjà dit, on comprenait dans l'étude des sacro-coxalgies toute espèce d'affections, jusque même les luxations qui paraissent uniquement traumatiques.

Tout rapprochement avec la coxalgie serait donc inexact à ce point de vue, car l'articulation sacro-iliaque paraît mieux douée que l'articulation coxo-fémorale.

Dans la sacro-iliaque, en effet, en outre que la synoviale est très peu développée, il existe un système de ligaments d'une puissance considérable, principalement en arrière où le ligament inter-osseux se trouve doublé par

les ligaments sacro-iliaques postérieurs, doublés eux-mêmes par le très solide ligament postérieur vertical de Sappey, sacro-épineux de Bichat.

Certes, les fongosités tuberculeuses peuvent envahir tout cela, et elles les envahissent même souvent. Elles corrodent très bien le tissu osseux, *a fortiori* corroderont-elles le système fibreux, encore qu'elles traversent là un terrain peu vasculaire moins propice que les aréoles osseuses spongieuses remplies de sang. Cependant, nous tenions à faire remarquer combien l'articulation sacro-iliaque est remarquablement organisée pour la défense.

3° L'ABCÈS. — C'est bien ici et sans aucune discussion le mode de terminaison le plus fréquent. Les plus anciennes statistiques l'avaient déjà démontré ; les statistiques plus récentes le prouvent mieux encore puisqu'elles se basent sur un plus grand nombre de faits : Van Hook n'en a pas colligé moins de 55 cas.

Aussi, telle est la constance de ce symptôme, que les auteurs admettent deux grandes variétés de sacro-coxalgies, en se basant sur l'anatomie pathologique : la *sacro-coxalgie humide* que nous étudions en ce moment c'est la forme commune, celle aussi dont le pronostic est grave ; la *sacro-coxalgie sèche* que nous verrons tout à l'heure, et qui est d'un pronostic favorable.

Il n'y a pas lieu d'insister sur la nature de cet abcès froid ossifluent et arthrofluent qui n'est que la résultante des fontes tuberculeuses : comme partout, il sera séreux et grumeleux et mêlé de débris d'os, sortes de petits séquestres pulvérulents. Tout cela constitue bien des *tuber-*

culomes, pour employer l'expression de M. Lannelongue.

Mais nous dirons avec quelque détail quelle est la marche de ces collections migratrices.

Ces abcès sont de deux sortes, selon leur marche et leur point de départ. On en distingue deux grandes classes créées par Erichsen : les abcès *intra-pelviens* et les abcès *extra-pelviens*.

ABCÈS INTRA-PELVIENS. — Ils seraient les plus fréquents, si l'on en croit Delens, en raison de la moindre résistance des ligaments antérieurs de l'articulation. Telle est aussi l'opinion de Van Hook qui les relève dans 61,8 0/0 des formes humides, ce qui est en rapport, ajoute-t-il, avec la fréquence de l'ostéite tuberculeuse de la face antérieure du sacrum.

Ces abcès tirent leur origine de la face antérieure de la jointure. De là, ils peuvent émigrer dans *quatre* directions principales.

a) Les premiers sont à *évolution antérieure* et gagnent la fosse iliaque par deux voies : soit en décollant le périoste antérieur de l'ilion (Delens, p. 32), soit, mieux, en suivant la gaine du psoas. C'est ainsi qu'ils viennent pointer au pli de l'aîne, en suivant jusqu'au bout le canal iliaque de Velpeau, comme les abcès du mal de Pott. La fin de leur course est l'insertion trochantinienne du psoas. Avant d'arriver aussi loin, ces abcès peuvent même pénétrer, au niveau de l'éminence ilio-pectinée, par la bourse séreuse de ce muscle, dans l'articulation coxo-fémorale et causer une *coxalgie secondaire*, comme dans le cas de Demons : le diagnostic devient alors fort difficile.

Il se peut aussi qu'ils arrivent à faire issue hors de la gaine du psoas, et, dans ce cas, la gaine des vaisseaux fémoraux les conduit beaucoup plus bas jusqu'à la moitié de la face antérieure de la cuisse (cas de Huttute).

Citons comme rare le cas où l'abcès suit le psoas, mais du côté opposé à celui de l'arthrite (cas de Hahn).

b) Les seconds sont *supérieurs* ou *ascendants*. Comme ils cheminent contre l'influence de la pesanteur, et par analogie à ce qui se passe ailleurs, on pourrait les appeler aussi abcès *récurrents*, pour être conforme à la dénomination de M. Lannelongue. Le pus remonte accolé contre la colonne vertébrale jusqu'à la troisième vertèbre lombaire (cas d'Erichsen), ou même plus haut (Courty, 2 cas dans *Dictionnaire encyclopédique*, article Bassin); ou enfin encore jusqu'à la XII^e côte (cas d'Ollier rapporté par Gouilloud).

c) Les troisièmes, *descendants* ou *inférieurs*, nés de la face antéro-inférieure de l'articulation, se dirigent d'abord en arrière et sortent du bassin par la grande échancrure sciatique. Ils sont donc primitivement *intra*, puis secondairement *extra* pelviens. Une fois devenus sous-fessiers, et sans pénétrer dans la gaine du grand fessier, ils gagnent la face superficielle des muscles postérieurs de la cuisse, biceps, demi-tendineux, demi-membraneux, et descendent ensuite le long de ces muscles jusqu'au niveau du genou (cas de Hahn, de Delorme).

d) Les quatrièmes, enfin, à *évolution interne et descen-*

dante, restent intra-pelviens et juxta-sacrés. Suivant la courbure de la face antérieure du sacrum, ils viennent faire saillie au périnée ; ou bien encore ils engainent le rectum et s'ouvrent dans cet intestin : soit au-dessus du releveur, c'est-à-dire au niveau de l'espace pelvi-rectal supérieur, soit, plus rarement, au-dessous de ce muscle releveur, c'est-à-dire dans la fosse ischio-rectale.

Il arrive assez fréquemment que plusieurs des types que nous avons dû différencier les uns des autres, pour les besoins de la description, se trouvent combinés chez le même individu. Ainsi, dans un cas de Duplay (1876), il y avait deux abcès : un dans la gaine du psoas et un juxta-sacré ouvert dans le rectum, etc.

ABCÈS EXTRA-PELVIENS. — Ils sont moins fréquents, puisqu'on ne les observe que dans 36,2 0/0 des formes suppurées, d'après Van Hook (21 cas sur 55). Ils se montrent sur la face postérieure de l'articulation.

Pourquoi donc le siège initial de ces abcès est-il toujours soit antérieur, soit postérieur ? pourquoi la collection n'apparaît-elle pas au-dessus ni au-dessous de l'interligne articulaire ? Est-ce parce que, comme le pense Van Hook, il semble que, au-dessous et au-dessus de l'interligne articulaire, les ligaments sont si puissants que le pus ne peut les traverser ? C'est possible, mais nous ferons remarquer que les ligaments sont encore plus développés à la face postérieure, ce qui n'empêche pas la collection de se diriger de ce côté.

Quoi qu'il en soit, ces derniers occupent la région *fessière*.

La caractéristique de ces abcès extra-pelviens a été dès longtemps indiquée dans cette phrase de Duplay : lorsque l'abcès existe à la partie postérieure, « il présente généralement deux foyers, un superficiel ou sous-cutané, l'autre profond ou sous-musculaire communiquant ensemble à travers les fibres éraillées ou en partie détruites du grand fessier, au niveau de ses attaches à la partie postérieure de la crête iliaque ». Cette notion est d'une importance capitale et si, avant la période opératoire, elle n'avait qu'un intérêt d'ordre pathologique, elle a, pour le chirurgien, une plus grande valeur encore qu'on a trop souvent négligée, ou même méconnue.

M. Pierre Delbet est donc revenu sur ce point dont il a fait ressortir le rôle considérable au point de vue du traitement. Ainsi, toutes les méthodes qui se bornent à l'évacuation de la collection seule apparente, la collection superficielle, sont fatalement condamnées à l'impuissance, puisqu'elles n'attaquent point le mal à sa source.

Que peuvent, par exemple, les injections d'éther iodoformé, ou même le curage, le grattage, s'ils ne s'adressent qu'à l'abcès superficiel ? Si encore la communication était large entre les deux chambres de l'abcès, l'action s'étendrait peut-être jusqu'au point de départ du mal, mais il n'en est presque jamais ainsi. Rien n'est plus difficile à trouver que ce mince canal de communication : il faut savoir le chercher et, lorsqu'on le cherche, on le trouve presque toujours.

Dans tous les cas opérés par lui, M. Delbet a rencontré cette disposition. Voici, par exemple, ce qu'il consigne dans l'un de ces faits. Après s'être occupé de la collection superficielle, notre maître remarque « qu'il reste une petite fongosité du volume d'une lentille à peine au fond de la plaie dans sa partie supérieure et externe. Je veux l'enlever, dit-il, d'un coup de bistouri, mais cette ablation faite, il en reste encore. Je m'aperçois alors qu'il s'agit là d'un trajet fistuleux, et la sonde introduite dans ce trajet pénètre à 3 ou 4 centimètres de profondeur dans l'épaisseur de l'os ».

Ainsi qu'on le verra en se reportant à nos observations, ces considérations s'appliquent également à deux autres opérés au moins, car chez eux aussi, ce n'est qu'après de patientes recherches que M. Pierre Delbet est parvenu à trouver le canal de communication.

On ne saurait donc attacher trop d'importance à ce caractère anatomique en raison de sa fréquence, comme en raison des déductions thérapeutiques qui en découlent.

Parmi les abcès extra-pelviens, il faut encore signaler deux autres types beaucoup plus rares :

1° Après un stade fessier, l'abcès peut devenir ascendant remontant dans la masse sacro-lombaire ; c'est un *récurrent postérieur*. Van Hook cite 2 exemples sur 21 abcès extra-pelviens.

2° Après un stade fessier, il peut descendre dans la cuisse, à sa face postérieure, jusqu'au creux poplité ; c'est une *variété extra-pelvienne descendante* (cas de Delorme, obs. XV).

Ce n'est pas le lieu d'insister ici sur les causes qui prési-

dent à cette migration. Ce sont, pour les abcès d'origine sacro-sciatique, ce qu'elles sont pour les abcès du mal de Pott, ceux de la coxalgie, etc.

Ce n'est pas la pesanteur qui est, contrairement à ce qu'on pensait autrefois, le facteur principal de ce processus. Les deux conditions qui méritent d'être mises au premier rang sont : d'une part l'évolution active et essentiellement destructive de la poche de l'abcès, de cette membrane où la lésion est en pleine évolution, de cette membrane tuberculogène comme l'appelle M. Lannelongue (1) ; d'autre part, la résistance moindre des régions qui se laissent envahir : « Le trajet que suivent les abcès tuberculeux est évidemment celui de la moindre résistance » dit fort justement Van Hook.

§ 2. — Formes anormales.

Nous nous proposons de faire rentrer ici les lésions qui jusqu'ici ont été confondues dans les descriptions générales, mais qui nous paraissent devoir présenter un intérêt tel que nous n'avons pas craint de les mettre à part. Dès maintenant, nous en distinguerons deux : A. *Les formes sèches et superficielles* ; B. *les formes partielles*.

A. — Formes sèches et superficielles. — De même que dans le mal vertébral, on oppose à la forme classique, limitée, caverneuse de Nélaton, la forme diffuse et super-

(1) LANNELONGUE. Tuberculose chirurgicale. *Encyclopédie scientifique des aide-mémoire* (LÉAUTÉ).

ficielle, la carie superficielle de Boyer, de même ici, à côté des formes plus ou moins térébrantes dont nous avons parlé, on connaît des cas où les lésions, beaucoup moins térébrantes, sont surtout étendues en surface. Comme on a remarqué que ces dernières s'accompagnent moins souvent d'abcès que les autres, on les appelle parfois, avec Van Hook, avec Ridlon et Jones etc., les formes *sèches*.

Il n'y a souvent qu'une nappe toute périphérique de tissu osseux qui soit détruite, ou même les cartilages et fibro-cartilages paraissent seuls absents. Cette singulière lésion a été vue pour la première fois par Erichsen, qui a d'ailleurs fait représenter la pièce provenant de ce cas, dans sa publication de 1859. Les surfaces osseuses, usées, rugueuses, mais nullement excavées, semblent seulement dépourvues de leur cartilage et de leur synoviale.

M. Delens rapprochait déjà ce fait de ce qu'on voit se produire dans le mal de Pott, entre le corps de deux vertèbres, après la disparition d'un disque intervertébral, c'est-à-dire une usure par frottement réciproque des surfaces dénudées.

Ces formes sans abcès, selon Van Hook, comporteraient un pronostic très favorable. Il est très vraisemblable que Sayre, qui a guéri tant de sacro-coxalgiques, sans s'adresser à autre chose qu'à des traitements simples et non sanglants, a surtout eu affaire à des cas de ce genre. Il n'est pas bien démontré non plus, puisque le contrôle n'a pas été fait, que toutes ces sortes de sacro-coxalgies étaient bien tuberculeuses; et pour celles où seul le cartilage faisait défaut, on ne sait encore si la blennorrhagie, le rhu-

matisme etc.; n'étaient pas pour quelque chose dans cette apparence morphologique si spéciale.

Ridlon et Jones expriment le même doute et disent : « Il nous semble que les symptômes détaillés de beaucoup de ces affections non suppurantes peuvent à peine faire croire à la tuberculose de l'articulation sacro-iliaque, et c'est pour cela qu'il ne faut attacher que peu de poids au pronostic favorable dans ces cas-là ».

B. — Formes partielles et ostéophytiques. — MM. Verneuil et Gadaud, les premiers, furent frappés dans un de leurs examens, qu'autour de la poche tuberculeuse, il y avait une condensation du tissu osseux. Dans un autre fait de Guéniot, il y avait, sur la face antérieure de l'articulation et au niveau de l'os iliaque, un dépôt osseux de nouvelle formation, remarquable par la disposition et la régularité des aiguilles osseuses, formant d'élégantes stalactites. De même que M. Delens, nous avons fait cette constatation dans un certain nombre de bassins du musée Dupuytren.

A la vérité, il est à présumer que toujours on retrouve de ces productions osseuses puisque l'os est à la fois le siège d'un processus d'ostéite raréfiante et hypertrophiante, comme nous l'avons déjà dit.

Mais nous faisons allusion ici aux cas où le processus hypertrophiant domine. Et il domine quelquefois si manifestement, que nous avons cru bon d'en faire une forme spéciale. Van Hook en a certainement eu connaissance puisqu'il nous parle de productions ostéophytiques si considérables qu'elles gênent les fonctions des viscères pelviens.

Entre temps F. D. Bird en 1887 écrivait : « La grande étendue de l'articulation et le faible développement de la synoviale font qu'une *petite partie* de l'articulation ou des ligaments peut être lésée, alors que pendant longtemps le reste de la région reste sain... Cette lésion *localisée* peut être diagnostiquée lorsqu'elle siège à la partie postérieure de l'articulation et est justiciable d'un traitement prompt ».

On doit à M. Pierre Delbet d'avoir montré la signification exacte de ces ostéophytes dont il a été témoin presque constamment dans ses interventions.

Selon cet auteur, et très fréquemment ajouterons-nous d'après les cas nouveaux que nous publions, l'arthrite sacro-coxale n'atteint qu'une *certaine étendue de l'articulation*. Loin d'occuper toute la hauteur de la fissure articulaire, le noyau primitif lorsqu'il gagne l'article, s'excave sur place, mais n'a nulle tendance à diffuser sur les deux surfaces articulaires, tant celles-ci sont intimement appliquées l'une contre l'autre. Au lieu d'être totale, la sacro-coxalgie est, et reste *partielle* comme dit M. Delbet, et elle peut être *partielle supérieure* ou *partielle inférieure*.

Donc, tout ce travail s'accomplit en une certaine zone de l'articulation, et, pendant qu'ainsi se détruisent et se creusent à ce niveau des cavernes osseuses, la périphérie de ces cavernes bourgeonne et végète, comme pour circonscrire la lésion. C'est là, sur le pourtour de l'ulcère, que se développent surtout ces ostéophytes dont nous avons parlé. Ils s'étendent du sacrum à l'os iliaque, les soudant l'un à l'autre par une sorte de gaine osseuse.

Il en résulte qu'après un certain temps l'articulation a complètement disparu à ce niveau : il n'y a plus que de l'os et, lorsque l'acte chirurgical porte à ce niveau, il se peut que, comme dans les interventions de M. Pierre Delbet, on ne découvre plus la moindre fissure correspondant à l'articulation sacro-iliaque : d'où la difficulté pour le chirurgien de reconnaître l'interligne s'il se propose de faire une brèche à la ceinture pelvienne pour aborder les fongosités préarticulaires.

Ainsi donc ces ostéophytes, compagnes habituelles des formes partielles, témoignent déjà d'une tentative de guérison faite par le sujet lui-même. C'est une marche vers l'ankylose. Mais cette tentative avorte parce qu'elle est insuffisante, et elle est insuffisante parce qu'elle circonscrit un cratère encore plein de fongosités, fongosités qui doivent être éliminées avant que la soudure ne s'établisse complètement entre les os.

C'est pourquoi il faut venir en aide au processus ostéophytique en supprimant ces fongosités qui l'entravent dans son accroissement. On permettra de la sorte à la soudure de s'établir dans de bonnes conditions.

Or, la connaissance de ces formes partielles et ostéophytiques a plus qu'une importance anatomique et une importance opératoire ; elle nous explique, en outre, pourquoi tant de sacro-coxalgiques n'offrent aucun des symptômes ordinaires de la maladie, pourquoi on n'observe chez eux ni le signe de Larrey, ni celui d'Erichsen.

Si l'on sait que certaines sacro-coxalgies sont partielles,

que les formes partielles, outre qu'elles respectent une notable partie de l'articulation, s'associent à un processus réparateur d'ostéite hypertrophiante, rien ne sera dès lors plus facile que de rendre compte de ce que nous appellerons, avec M. Pierre Delbet, les *formes frustes* dans un chapitre de la clinique qui sera le corollaire de celui-ci consacré aux formes anatomo-pathologiques partielles.

CHAPITRE V

Les symptômes.

Il en est des symptômes comme des lésions, les premiers n'étant, au demeurant, que les manifestations extérieures des seconds, au lit du malade.

De même qu'il y a, au point de vue anatomo-pathologique, de ces types où toutes les altérations se trouvent associées, et de ces cas atypiques qui résultent de l'exagération ou de la disparition des lésions principales, de même il y a, en clinique, et correspondant aux précédentes, des variétés *normales* et *anormales*. Les premières nous occuperont d'abord et seront étudiées successivement aux trois âges de cette arthrite : à son stade *initial*, à sa période d'*état*, enfin à sa phase de *terminaison*.

§ 1. — **Forme classique.**

Dans la forme classique, les symptômes existent au grand complet. Chacun d'eux, pris isolément, peut avoir comme durée toute la durée de la maladie elle-même ; mais, à un certain moment, il prend la *note* dominante dans la scène clinique : c'est une question de plus ou de moins. Voilà pourquoi, nous basant sur l'intensité que revêt l'un ou l'autre de ces signes, nous appellerons en clinique les trois périodes : la première, *période des dou-*

leurs et des troubles fonctionnels ; la deuxième, période de la tuméfaction ; la troisième, période des abcès ou de la détérioration générale de tout l'organisme.

Reconnaissons toutefois que cet ordre est quelque peu artificiel ; il se trouve même parfois interverti. C'est ainsi que les abcès peuvent apparaître dès la deuxième période ; c'est ainsi encore que la douleur dure souvent jusqu'à la phase terminale. Mais notre intention est d'insister sur le caractère prédominant qu'affecte chaque signe dans la scène morbide, suivant chaque époque. En outre, si cette classification ne peut être prise rigoureusement aux pieds de la lettre, elle n'en correspond pas moins très régulièrement à la date d'apparition, c'est-à-dire qu'elle est conforme à l'ordre chronologique.

Première période (Période des douleurs et des troubles fonctionnels). — Les douleurs dominant en cette période initiale, mais elles ne sont pas le seul symptôme. Elles entraînent à leur suite une série de symptômes secondaires qui en dépendent, comme la contracture et la claudication, les attitudes vicieuses du tronc et des membres ; nous y ajouterons l'atrophie musculaire : c'est, si l'on veut, l'âge des symptômes fonctionnels.

1° DOULEUR. — Elle est essentiellement polymorphe et, comme elle existe seule pendant longtemps, il s'ensuit que les erreurs de diagnostic seront fatales à cette période.

Afin de mieux étudier ce symptôme, nous interrogerons minutieusement la douleur *spontanée*, la douleur *irradiée*, la douleur *provoquée*.

a) *Douleur spontanée*. — La douleur établit son quartier général au niveau de l'articulation sacro-iliaque, mais il s'en faut que le malade puisse la bien localiser à cet endroit. Ses déclarations sont vagues à ce sujet et on n'obtient pas d'autre réponse que celle-ci : je souffre de la hanche ou de la fesse.

Si le siège est mal accusé, l'*intensité* est plus variable encore. Ici toute une gamme des douleurs qui varient depuis la simple gêne, s'accompagnant de la paresse dans les mouvements, jusqu'aux angoisses atroces qui arrachent des cris.

Mêmes variations dans la *durée*. Simple sensation pénible, d'abord fugace et passagère, c'est plus tard un mal intolérable qui persiste même pendant la nuit.

En résumé, rien de net, sauf dans quelques cas comme ceux de Crocq, Nélaton, Gouilloud, Delorme, Laugier, Nichet, Ollier, où la douleur était localisée à l'épine iliaque postérieure et supérieure.

b) *Douleur irradiée*. — Il est tels cas, et ceux-là paraissent nombreux, où la douleur locale n'est rien si on la compare aux douleurs à distance qui viennent encore égarer le diagnostic. Celui-ci souffre surtout au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, ou le long de l'arcade crurale (Erichsen et Duplay). Un autre se plaint de douleur à la face antérieure de la cuisse, dans le domaine du crural, ou bien encore dans le genou (Laugier, Ollier, Gouilloud, Collier); dans la fesse et l'ischion, au grand trochanter (Hays) ou enfin, à la face postérieure de la cuisse, dans le mollet, dans le *territoire du nerf sciati-*

que. Un malade de Hilton souffrait dans le territoire du petit sciatique ; deux autres de Deleus et de Rey avaient des douleurs sur le trajet du cordon spermatique.

Cette douleur *irradiée* n'est pas toujours très vive et souvent elle consiste en fourmillements et en engourdissements.

Cette topographie, variable suivant les cas, variable même suivant l'individu selon l'époque où l'on pratique l'examen, est bien faite pour dérouter le clinicien. Sa signification échappe complètement et cependant, lorsque plus tard le diagnostic sera fait, elle ne s'expliquera que trop facilement.

C'est au niveau du plexus hypogastrique ou, plus rarement, dans le plexus lombaire que siège la lésion. Presque tous les filets nerveux peuvent avoir à souffrir en même temps, ou les uns à la suite des autres, du voisinage des fongosités qui les enserrent et les compriment.

Spontanée ou *irradiée*, la douleur sera légère d'abord parce que les filets nerveux ne subissent qu'une simple irritation ; elle sera intolérable plus tard lorsqu'il y aura névrite et que les filets nerveux comprimés entreront en une phase de dégénérescence. Alors aussi les irradiations seront plus marquées parce que, trompé lui-même, le malade reportera à l'extrémité de ses cordons nerveux la lésion qui étouffe le tronc nerveux à son origine.

Les fourmillements, l'engourdissement, l'anesthésie au tact, comme dans les cas de Boyer, Laugier, Joyeux, Stoïcesco, coïncidant avec l'hyperesthésie à la douleur, véritable anesthésie douloureuse, les troubles trophiques, l'a-

trophie musculaire, etc., voilà autant de troubles qui témoignent en faveur de la névrite confirmée.

Comme dans la coxalgie, un certain nombre d'auteurs relèvent la douleur à la partie interne du genou. F. D. Bird, entr'autres, en propose une explication : la transmission douloureuse se ferait par le nerf obturateur, lésé dans le voisinage de l'arthrite.

c) *Douleur provoquée.* — Le malade lui-même en a connaissance. Il s'aperçoit facilement que tous les traumatismes, les fatigues, la course, la marche même lui sont contraires et exacerbent la douleur. Il se refuse à tout ce qui est mouvement et, s'il marche encore, il souffre toujours plus le soir que le matin. Selon Johnstone, non seulement la station debout, mais encore la position assise sont douloureuses. Dans un cas de Duplay, la souffrance mettait le malade dans l'impossibilité de s'asseoir, et un de nos malades accusait de la douleur après être resté assis un certain temps. C'est qu'en effet toutes ces attitudes mettent l'articulation en état de travail puisque l'article supporte le poids du corps.

Bien des chirurgiens, F. D. Bird, Van Hook etc. donnent comme particulièrement pénible le mouvement de flexion du corps en avant. Par contre Crocq dit que le malade est soulagé lorsqu'il renverse le tronc en arrière ou s'étire, parce qu'il contracte les muscles qui fixent l'articulation. Un autre parmi les malades que nous avons suivis éprouvait ce besoin particulier de redresser le matin sa colonne vertébrale.

Mobilité, fugacité, variabilité dans la quantité, variabi-

lité dans l'intensité, le symptôme *douleur* ne nous donne jusqu'ici rien de constant ; aussi, en pratique, le diagnostic est difficile avec cette seule donnée.

En connaissance des lésions de la sacro-coxalgie, les auteurs ont pensé alors à rechercher quelque fixité dans la douleur provoquée par la pression. Pour cela, on a imaginé d'avoir recours ici à un certain nombre d'artifices ayant tous pour but de produire une exagération de pression des surfaces articulaires malades les unes contre les autres.

Ces manœuvres sont devenues classiques. D'abord le toucher rectal peut déterminer toute une ligne douloureuse au niveau de la symphyse malade. Puis, la palpation externe à ce niveau, et à travers la masse du grand fessier, détermine aussi soit la même raie de douleurs, verticale et partant de l'épine iliaque postéro-supérieure, ou bien une douleur localisée à une des deux épines postérieures. D'autres recommandent la percussion sur la symphyse pubienne.

On cherchera ensuite à saisir l'aile de l'ilion malade pour lui imprimer des mouvements d'ascension ou de descente. Suivant *Volkmann* les mouvements qu'on imprime ainsi à l'os coxal, en saisissant entre les doigts la crête iliaque, sont très douloureux.

Mais les deux meilleures manières de procéder à cette exploration sont fournies par la recherche de deux signes devenus classiques : le signe de Larrey et le signe d'Erichsen.

Le *signe de Larrey* consiste, le malade étant assis sur un plan résistant, à lui recommander de se soulever sur

ses deux mains, puis de se laisser retomber brusquement : en agissant ainsi le poids du corps tend, non pas comme on l'a dit et répété, à enfoncer le sacrum comme un coin entre les ilions, mais à faire basculer cet os de telle façon que la partie supérieure de sa face antéro-inférieure cherche à s'abaisser dans le bassin ; la pression est alors transmise, par les puissants ligaments interosseux et postérieurs, aux deux os des îles et les appliquent plus fortement contre le sacrum. Cette exagération de pression au niveau de l'articulation produit de la douleur.

Dans le *signe d'Erichsen*, c'est en essayant de rapprocher l'une de l'autre les deux moitiés droite et gauche du bassin que l'on arrive au même résultat, c'est-à-dire production de la douleur au niveau de l'interligne articulaire.

D'autres comme F. D. Bird, parlent également de l'exagération de la douleur au même endroit dans les pressions sur le crâne, car celui-ci transmet l'impulsion à distance par la tige rachidienne jusqu'au sacrum, absolument comme dans la coxalgie au début on frappe sur le talon pour répercuter le choc dans l'articulation coxo-fémorale. On sait d'ailleurs que dans certains cas de sacro-coxo-tuberculoses, avec articulation de la hanche intacte, le choc du talon sur le sol se traduit immédiatement, toujours à la suite du même mécanisme, par une sensation douloureuse du côté de la région malade.

Tels sont les moyens dont nous disposons et auxquels tout le monde accorde une grande valeur. Par ces artifices, on parviendrait à dépister l'arthrite sacro-iliaque à son début.

Sans vouloir nier cette valeur, nous ferons simplement remarquer, avec M. Pierre Delbet, que ces signes nous paraissent le plus souvent absents, n'ayant eu l'occasion de les observer chez aucun de nos malades, bien que l'attention ait été particulièrement dirigée sur ce point et les examens fréquemment répétés.

Nous avons même été très frappé de cette latence symptomatique. Nous l'expliquons d'ailleurs par les lésions que nous avons étudiées à l'anatomie pathologique. De même que les lésions diffuses et généralisées à toute l'articulation sont rares si on les compare aux lésions partielles et localisées, de même, en clinique, les cas sont relativement rares où tous les signes sont au grand complet si on les envisage par rapport à ceux où tout le cortège symptomatique se réduit à deux ou trois symptômes.

Au milieu de ces modalités si variées de la douleur, il est cependant un type que les classiques passent sous silence et qui nous paraît, à lui seul, avoir beaucoup plus d'importance que tous les autres, tant par sa constance que par la période plus précoce de son apparition : c'est la *névralgie sciatique*. Dans nos cas nous n'avons pas rencontré le signe d'Erichsen, ni celui de Larrey ; en revanche, la *sciatique* nous apparaît comme beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit généralement.

Lorsqu'on sait lire entre les lignes, on peut remarquer comme nous, à la lecture d'un certain nombre d'observations qui donnent des détails, que la douleur de la fesse, du genou, de la malléole, n'était qu'une sciatique, bien que le mot ne soit pas prononcé.

Cependant, dans certains cas, ce symptôme était si manifeste qu'il sautait aux yeux et il fallut bien le reconnaître : dans une observation de Guéniot, par exemple, une sciatique se déclara très douloureuse et, à l'autopsie, on reconnut que ce nerf était en effet comprimé par une poche purulente. Dans un cas qu'il communiqua à la *Société de Chirurgie* en 1886, M. Delorme termine par cette remarque : « il faut noter l'existence d'une sciatique deux ans avant l'apparition de la tumeur ». Elle est encore consignée dans un cas de Howard Marsch, etc. ; Van Hook, Ridlon et Jones la signalent. M. Tillaux (1) dit à son sujet : « La douleur irradie parfois en suivant le trajet du nerf crural ou du nerf sciatique, en sorte qu'on pourrait croire à une névralgie de ces nerfs, du dernier en particulier ».

Nous pourrions relever encore quelques autres faits analogues. Beaucoup sans doute ont passé inaperçus.

Un des rares chirurgiens qui paraissent en avoir soupçonné la valeur est F. D. Bird : « Dans les cas de carie antérieure des vertèbres sacrées, dit-il, avant que l'articulation soit prise, la douleur, simulant celle de la *sciatique*, peut être le seul symptôme de la maladie pendant longtemps en attendant que l'accès se montre quelque part.

M. Pierre Delbet attira en France l'attention sur la constance de ce symptôme. Lorsqu'on prend soin de le rechercher, il est presque toujours donné d'en constater l'existence. Répétons que la névralgie sciatique était constante chez les trois malades sur lesquels M. Delbet a basé

(1) TILLAUX. *Traité de chirurgie clinique*, 1894, vol. II, p. 236.

sa clinique de 1894 et chez tous ceux que nous avons pu suivre, depuis, dans son service.

Il faut examiner attentivement les points d'élection, il faut interroger tout le tronc nerveux lui-même, et il est rare que l'on n'arrive pas à être suffisamment fixé sur le siège sciatique de la douleur. Non seulement la sciatique paraît constante, mais, fait d'une plus grande importance, cette sciatique peut être *prémonitoire*.

Bien avant toute autre névralgie la douleur sciatique peut éclater ainsi que l'a entrevu F. D. Bird et que M. Delbet l'a déclaré. L'anatomie nous a déjà expliqué pourquoi le nerf sciatique a, sur tous les autres, le fâcheux privilège d'être atteint le premier.

Nous avons parlé du siège primitivement sacré des premiers noyaux tuberculeux ; nous avons rappelé la traversée du sacrum par les branches d'origine sacrée du sciatique : en possession de ces deux données, il est clair que la sciatique peut être symptomatique de la maladie, dès les premières semaines de son évolution, à la période préarthritique, à l'heure où l'arthrite n'a pas encore fait son apparition, à l'heure où les foyers grandissent encore latents dans le sacrum.

Voilà quelles puissantes raisons nous ont engagé à insister tout particulièrement sur la *sciatique* et à lui donner, à l'exemple de M. Pierre Delbet, une place beaucoup plus grande qu'on ne l'a fait jusqu'à présent dans le tableau de la sacro-coxo-tuberculose.

S'agit-il, dans ces cas, d'une sciatique vraie? M. Pierre

Delbet, quoique ayant constaté chez deux de ses malades les douleurs de la sciatique aux points d'élection, avait pensé, en examinant d'autres patients, à la probabilité d'une *névralgie radiculaire* des nerfs lombo-sacrés et, sur ses conseils, nous avons été voir M. Chipault que ses recherches spéciales pouvaient porter à nous confirmer ce renseignement.

M. Chipault (1) nous a précisément dit posséder deux ou trois observations d'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque ayant débuté par l'articulation et envahi secondairement le sacrum. Chez les malades en question, il y avait, non pas une sciatique, « mais une névralgie radiculaire des 2° et 3° paires lombaires, s'accompagnant à la partie postérieure de la cuisse d'une sorte d'hyperesthésie cutanée, suivant à peu près le trajet du sciatique ».

Nous dirons donc avec M. Pierre Delbet et M. Chipault que si, dans certains cas, il existe, à n'en pas douter, une sciatique, il n'en est pas moins vrai que la névralgie radiculaire peut être quelquefois confondue, à un examen non prévenu, avec une névralgie du nerf sciatique lui-même.

2° LA CONTRACTURE. — Elle est la conséquence de la douleur. Comme dans toute affection douloureuse du membre inférieur, comme dans une vulgaire sciatique, des groupes musculaires se contractent instinctivement afin de produire le minimum de douleurs. Les muscles sont en perpétuelle vigilance et, s'ils se relâchent, la douleur se réveille extrêmement vive.

(1) CHIPAULT. Communication verbale.

- Cette contracture semble varier proportionnellement à la douleur qu'elle accompagne. Au début, elle est très difficile à déceler : elle échappe à la vue, mais n'échappe pas à l'oreille. Comme dans la coxalgie, le poids du corps porte un temps inégal sur le sol pendant la marche, ce qui diminue la durée de la douleur : c'est le signe du maquignon constaté ici par Laugier, par Boyer. Plus tard le phénomène est bien plus apparent, il suffit de regarder le malade marcher pour constater qu'il a de la *claudication*.

3° LA CLAUDICATION. — Celle-ci même s'accroît à ce point qu'un moment arrive où l'impotence fonctionnelle est absolue, le malade ne peut quitter le décubitus dorsal. Dans ce dernier cas, il jouit encore de la faculté de fléchir ou d'étendre le membre du côté malade, de le détacher du plan du lit.

Lorsque tous les muscles sont au repos dans le décubitus horizontal, il devient loisible d'étudier sur quels groupes porte plus spécialement la contracture. Ce serait, dit-on, tout particulièrement sur le psoas : très souvent il y a flexion de la cuisse sur le bassin par suite de la contracture du psoas suivant Ridlon et Jones. Ce muscle serait ainsi à la sacro-coxalgie ce que sont les adducteurs à la coxalgie.

On remarquera que nous rattachons la contracture à la douleur : c'est seulement par l'intermédiaire de celle-ci qu'elle dépend de la sacro-coxalgie. Autrement dit, l'influence de l'arthrite ne serait que médiate. Nous dirons bientôt pourquoi nous insistons sur ce point particulier.

4° LES ATTITUDES VICIEUSES, portent sur les parties inférieures ou se répercutent dans le segment supérieur thoraco-abdominal : d'où deux sortes d'attitudes vicieuses généralement combinées : (a) le *raccourcissement* ou l'*allongement du membre inférieur*, et (b) la *scoliosé* ou la *cyphose*.

a) *Raccourcissement* ou *allongement du membre inférieur*. — Les premiers observateurs, Boyer, Hahn, Erichsen, ont été bien préoccupés par ces changements d'attitude. Hahn crut à un allongement réel suivi d'un raccourcissement réel et cet auteur était bien évidemment impressionné par l'idée de sub-luxation, de disjonction articulaire dont nous nous sommes efforcé de démontrer la parfaite inexactitude. Après Hahn, l'explication formulée par Erichsen fut à la fois plus obscure et tout aussi fausse puisque cet auteur fait intervenir un gonflement des parties molles de l'articulation chassant les os iliaques en avant, et qu'il reconnaît, en somme, une disjonction du sacrum sur l'ilion.

Hattute a commencé à mettre un peu de jour sur la question en montrant que l'allongement du début n'était qu'apparent et dû à une torsion du bassin autour de son axe antéro-postérieur, torsion qui se produit en vertu de la position hanchée que prend instinctivement le malade. Hattute cependant admet encore, mais seulement à la période terminale, le raccourcissement réel par luxation ; et il se base pour le démontrer sur des mensurations prenant comme points de repère la crête iliaque et les dernières côtes ou l'une quelconque des apophyses épineuses.

Maintes fois déjà on a fait remarquer que cette méthode de recherche est sans valeur parce que les points pris comme repère sont mobiles. Le rachis, par exemple, peut être plus ou moins fléchi, ce qui entraîne des erreurs.

A notre avis, un point de repère choisi sur le sacrum, comme une proéminente sacrée chez les sujets maigres, ou la pointe du coccyx lorsqu'elle n'est pas déviée serait préférable puisque, en cette partie sacro-coccygienne le rachis est dénué de toute mobilité. Nous précisons bien qu'il faut, pour que la mensuration que nous préconisons — de la pointe du coccyx à la malléole interne — donne quelque résultat, deux conditions : 1° que la pointe du coccyx ne soit pas déviée latéralement ainsi que cela se présente quelquefois chez certains individus et 2° que les *deux membres inférieurs soient placés*, lorsqu'on procède à la mensuration, *symétriquement par rapport au bassin*.

M. Duplay a définitivement mis la question au point en déclarant que l'allongement est apparent aussi bien que le raccourcissement. D'ailleurs ne les voit-on pas succéder souvent l'un à l'autre chez le même individu ? C'est donc avec une bien grande réserve qu'il faudra accepter, selon M. Duplay, les observations qui nous parlent d'augmentation de longueur de 2 à 3 centimètres. M. Delens crut cependant devoir maintenir quelque réserve puisqu'il écrivit, en 1872, « on ne saurait nier cependant que les altérations graves de l'articulation, la destruction des ligaments, ne puissent permettre un certain degré de déplacement des surfaces articulaires ».

N'ayant connaissance, malgré nos recherches, d'aucun cas de luxation ni de vraie sub-luxation, nous concluons à notre tour que tous ces changements de longueur ne sont et ne peuvent être qu'apparents.

Et ces phénomènes sont une conséquence banale de la douleur. La simple sciatique sans sacro-coxalgie et par ce seul fait qu'elle est douloureuse peut entraîner exactement les mêmes attitudes hanchées. Ce sont des positions instinctives prises par les muscles afin de réaliser le minimum de douleurs. Nous nous étonnons donc de lire dans des travaux récents de longues dissertations à ce sujet.

En résumé, toutes ces attitudes vicieuses sont apparentes : voilà pourquoi la déviation peut être nulle comme dans un cas de Hahn, ou bien très variable consistant en flexion simple (Nélaton, Crocq, Stoïcesco), ou en rotation avec abduction légère (Boyer, Crocq, Gaut et autres) ou en adduction (cas de Hays, de Makins, etc.). En tous cas la déformation n'est jamais réelle.

b) Scoliose. — Nous ne pouvons que répéter au sujet de celle-ci ce qui vient d'être développé pour les membres puisque ces deux déformations sont connexes. Il s'agit uniquement de *scoliose d'attitude*, conséquence de contractions musculaires, et nullement de la scoliose ou de cyphose ou lordose vraie.

Pour le prouver nous invoquerons les récentes recherches concernant les scolioses dans la névralgie sciatique. Or, dans celles-ci, on observe — et cela s'explique uniquement par la douleur et la contracture secondaire — presque constamment des scolioses en tout semblables à

celles qu'on a signalées dans la sacro-coxalgie. Sur 83 cas de névralgie sciatique M. Phulpin les a relevées 82 fois. Et comme nous avons insisté sur l'existence fréquente du phénomène de la névralgie sciatique dans la sacro-coxalgie, nous sommes tout naturellement amené à conclure que la scoliose ne se produit dans la sacro-coxalgie que par l'intermédiaire de la sciatique ; que l'influence n'est que médiate entre ces deux éléments. *L'intermédiaire obligé c'est la douleur, le résultat c'est la contracture, enfin le phénomène apparent est la scoliose.* Qu'on interrompe seulement un des éléments de cette chaîne : la douleur, alors la scoliose disparaît sur le champ ainsi que l'allongement ou le raccourcissement apparent des membres inférieurs.

Ajoutons que toutes les variétés de scoliose rencontrées dans la sacro-coxalgie se retrouvent dans la sciatique simple : MM. Charcot, Albert, Nicoladoni, Wolfer, Lorenz, Berbez, Babinski, Kocher, etc., ont démontré l'existence de la scoliose sciatique croisée avec « attitude hanchée », absolument semblable à la position hanchée décrite par Hattute, Laugier, Crocq, Hays, Erichsen, dans la sacro-coxalgie.

MM. Brissaud, Lamy, etc., ont vu la scoliose sciatique homologue, comme Lee a vu la scoliose sciatique homologue. MM. Remak, Berbez, Phulpin signalent la scoliose sciatique alternante.

Enfin, selon Phulpin, la *cyphose* est aussi une déviation constante dans la sciatique.

Toutes ces déformations sont ici dues à la seule contracture douloureuse. Il y aurait abaissement de l'os iliaque et, par suite, scoliose homologue et allongement du

membre lorsque la contracture porte, comme l'a bien vu Crocq, sur les fessiers et les pelvi-trochantériens. Au contraire il y aura relèvement de l'os iliaque et consécutive-ment scoliose croisée et raccourcissement apparent lorsque la contracture porte sur les muscles sacro-lombaires.

A la suite de cette énumération de symptômes fonctionnels il convient de mentionner, bien que les descriptions n'en parlent que fort peu ou pas, l'atrophie musculaire. F. D. Bird, Van Hook, Ridlon et Jones, Lee, n'ont pas omis ce symptôme, compagnon de toutes les arthrites et aussi de la plupart des sciatiques, ajouterons-nous.

Il est rare que l'atrophie musculaire soit le fait d'une paralysie véritable des muscles. Cependant Bœckel, dans un cas, vit une paralysie incomplète par compression des nerfs du plexus sacré. Lorsque l'obstacle fut levé par l'opération, la paralysie disparut complètement ; ces paralysies seraient donc très curables. Mentionnons enfin, comme tout à fait accessoire, des troubles de la défécation et des troubles de la miction (cas de Collier, obs. XXI).

Deuxième période (période de l'empâtement et de la tuméfaction) (1). — A cette période tous les signes précédemment étudiés existent encore, mais l'apparition de la *tuméfaction* a une telle valeur qu'elle les domine tous, puisque c'est seulement alors que le diagnostic de certitude devient possible. Comment, par exemple, aurait-on pu affirmer jusqu'ici que la sciatique était due à une

(1) Nous entendons, par période d'empâtement et de tuméfaction, celle qui précède la phase de la fonte caséuse de l'abcès froid.

sacro-coxalgie puisqu'il n'y avait aucun signe physique du côté de l'articulation.

Avec le complexe de la contracture, de la douleur etc., on avait le droit, lorsque l'attention est portée sur ce point, d'arriver à un diagnostic de probabilité, mais rien ne permettait l'affirmation.

A un autre point de vue encore, l'apparition de l'empâtement est un point capital. N'est-ce pas, en effet, une phase nouvelle de la plus haute importance pour le chirurgien qui peut au moins actuellement, et dans certains cas, être autorisé à intervenir par opération sanglante ?

Enfin, il arrive souvent que les symptômes fonctionnels de la première période commencent à s'effacer d'eux-mêmes à cette phase de tuméfaction pour disparaître ensuite à la période des abcès ; nous en donnerons tout à l'heure l'explication.

M. P. Delbet nous a communiqué cette remarque que ses malades qui avaient des abcès antérieurs souffraient beaucoup plus que ceux dont la collection se montrait à la partie postérieure de l'articulation. La douleur plus vive dans ces cas est sans doute due à la compression exercée, par la poche purulente distendue, sur les nerfs du plexus sacré et des filets d'émergence du grand sciatique.

Bien que l'articulation sacro-iliaque soit relativement superficielle, surtout si on la compare à sa voisine, l'articulation de la hanche, son exploration chirurgicale est des plus laborieuses, et il faut que les lésions soient déjà avancées pour qu'on parvienne à déceler aisément les anomalies dont cette jointure est le siège.

Il y a toutefois une circonstance propice pour cette recherche. Nous avons vu, en effet, à l'anatomie pathologique, combien les végétations ont une tendance à suivre la voie excentrique dès qu'elles envahissent l'articulation ; nous avons dit pourquoi elles sont surtout péri-articulaires. Cette sorte de hernie des végétations est donc une disposition favorable pour l'examen. Néanmoins celui-ci demande à être pratiqué en s'entourant de bien des précautions si l'on veut qu'il donne tout son fruit.

L'articulation est accessible en avant par voie rectale, en arrière par voie fessière ; elle l'est, en outre, chez la femme par voie vaginale, exploration sur laquelle insiste Van Hook. Tous ces examens devront se compléter l'un l'autre.

Le toucher rectal est la première exploration capable de nous trahir la sacro-coxo-tuberculose. C'est la première, parce que, le plus souvent, les fongosités tuberculeuses s'épanouissent dans la région pré-sacrée, sur la face antérieure de l'articulation selon l'opinion de Kœnig, de Van Hook, de Ridlon et Jones. Or ce siège, bien que profond, est facilement accessible lorsqu'on explore par sa face interne la ceinture pelvienne. On sentira à bout de doigt et à l'endroit cherché une certaine rénitence ou une induration mollassse dont on devinera facilement la nature, surtout si l'on prend soin de comparer la sensation perçue avec le résultat négatif que donnera l'exploration du côté sain.

A la fesse où les lésions sont plus tardives, on percevra un gonflement œdémateux le long de la ligne articulaire

d'après Kœnig. Plus tard, l'empâtement deviendra peu à peu manifeste. A ce moment le doute ne saurait guère persister ; malheureusement, il s'en faut de beaucoup que cette tuméfaction si précieuse pour le diagnostic soit aussi précoce dans son apparition que le pense Erichsen.

On a aussi admis sur la foi d'Erichsen que la tuméfaction aurait comme principal caractère d'être verticale et allongée de haut en bas, partant de l'épine iliaque postérieure et supérieure. M. Delbet nous a précisément fait remarquer que chez la plupart de ses malades cette disposition n'existait pas, et, qu'au contraire, l'expansion se fait beaucoup plus volontiers dans le sens transversal. La raison est que l'abcès tend à se propager dans le sens des fibres du muscle grand fessier. Et, en effet, on ne voit pas bien pourquoi la poche superficielle de la collection séparée de l'articulation par tout un plan musculo-fibreux, reproduirait sur la face superficielle de ce plan la direction verticale de l'interligne articulaire. Si le pus remontait plus haut, dans la région lombaire, son accumulation se ferait également suivant la direction des fibres musculaires de cette région.

Il est probable que l'empâtement est plus facile à déceler dans les cas anciens par suite de l'atrophie du muscle grand fessier, dans ces cas surtout où la fesse tout entière est aplatie et élargie comme dans les observations de Hahn, de Stoll, etc. etc.

Pour être complet, la recherche de la tuméfaction doit encore être faite au-dessus du bord supérieur du muscle fessier, bien que les fongosités aient peu de tendance à

végéter par en haut. Cependant cela se produisit dans le cas de Collier.

La recherche sera faite en bas en tâchant d'insinuer le doigt sous le rebord du grand fessier. M. Delorme insiste sur l'effacement du pli fessier.

Quant aux autres symptômes, l'abaissement du pli fessier ou l'abaissement de la grande lèvre mentionné par Crocq et par Hays, la torsion de l'os iliaque malade, le détachement de la crête iliaque et de l'épine iliaque antéro-supérieure en bas et en dehors observé par Hahn, par Sayre et autres, l'abaissement ou l'ascension de la crête iliaque avec ses conséquences, l'effacement ou l'exagération de l'échancrure costo-iliaque, nous n'en parlerons plus : nous avons assez dit que tout cela n'a qu'une valeur bien relative puisque ces symptômes dépendent tous de la contracture douloureuse.

Il n'y a rien à ajouter aux symptômes fonctionnels qui sont les mêmes que dans la période précédente, mais exagérés ou diminués. Peut-être la douleur à la pression est-elle mieux localisée au niveau de l'articulation comme Delorme l'a constaté. En revanche la douleur spontanée tend à disparaître (Giraud de Nolhac, Hays, Pierre Delbet, voir aussi nos observations).

Si, en outre, on prend soin de fixer le bassin solidement les mouvements de la hanche deviennent beaucoup plus faciles.

En terminant, il nous reste à signaler un signe dont la valeur paraît discutable, c'est l'élévation de température

locale au niveau de l'interligne articulaire pendant la formation de l'abcès. Il fut signalé autrefois par Johnstone. Plus récemment en 1889 Collier le releva également dans son cas auquel nous avons déjà fait allusion. Sayre dit aussi qu'à plusieurs reprises cette constatation lui fut utile pour le diagnostic. Nous ajouterons que, ainsi que nous l'avons consigné à l'observation XL, un de nos malades nous affirma avoir nettement perçu cette sensation de chaleur exagérée pendant que sa tuméfaction grossissait.

Troisième période (période des abcès ou de désorganisation). — A cette période, la tuméfaction a grandi en même temps qu'elle s'est progressivement ramollie et c'est bientôt en face d'un abcès froid qu'on se trouve.

La douleur, dont la diminution avait pu être constatée dans certains cas dès la phase précédente, cesse parfois complètement. Le cas le plus connu à juste titre de cette amélioration trompeuse pour le malade est celui de M. Delorme. Chacun a lu le compte rendu de ce patient qui n'entra à l'hôpital qu'à la dernière limite ayant voulu continuer jusque-là son service d'ordonnance quoiqu'il fût porteur à la fesse d'une tumeur volumineuse. Le moment de l'opération venu, M. Delorme le fit courir devant les assistants de son lit à la table d'opération.

On verra en se reportant à nos observations que tous les malades indistinctement parlent de l'atténuation ou de la disparition de leurs souffrances aussitôt qu'ils constatent, comme ils disent, la formation d'une grosseur dans la région malade. L'un d'eux notamment aurait très bien couru après l'omnibus pour le prendre le jour

même de son entrée à Laënnec, soit très peu de temps avant d'être opéré.

Il est très vraisemblable que cette atténuation dans le phénomène douleur et dans les signes qui l'accompagnent, survenant lorsque les lésions sont déjà assez avancées, est due à une sorte de décompression. A mesure que les désordres s'étendent, ils s'éloignent de l'articulation et, partant, des nombreux troncs nerveux qui entourent cette dernière. Moins directement offensés, les filets nerveux cessent d'être douloureux.

Nous avons pris soin, à l'anatomie pathologique, de classer les différentes variétés de ces abcès froids et nous ne jugeons pas utile d'y revenir. Ils marquent dans la maladie une phase nouvelle parce que l'état général ne tarde guère à faiblir, circonstance si défavorable pour l'intervention chirurgicale. L'appétit disparaît, l'amaigrissement s'accuse, la fièvre monte peu élevée, mais se répétant le soir ; la toux et l'expectoration entrent en scène : c'est le poumon qui se prend ; et le dernier terme c'est le marasme. Le patient s'éteint dans la cachexie : il succombe émacié et épuisé en véritable tuberculeux.

Telle est sa fin naturelle. A celle-ci cependant, on connaît d'autres variantes : si l'abcès s'ouvre à l'extérieur et se fistulise, la maladie reçoit de ce chef un coup de fouet, car la poche est vaste et pleine de diverticules. Lorsqu'on y introduit le stylet, il n'est pas rare que l'on ne puisse atteindre la région dénudée. Aussi, fatalement, la vaste cavité s'infecte, et la septicémie se met un jour ou l'autre de la partie, quoi qu'on fasse.

La terminaison survient bien plus rapidement si l'évacuation s'est faite dans l'intestin ou le rectum, ces milieux essentiellement septiques. Des gaz se mélangent alors au pus et il se forme une septicémie putride : c'est l'abcès tympanique d'Erichsen.

Enfin, il se peut aussi — mais cette éventualité est beaucoup plus rare — que la mort survienne rapidement par une complication brutale. Le malade de Stoïcesco fut frappé en quelques heures par une méningo-myélite, l'inflammation s'étant propagée par le canal sacré. Deux autres malades de Zwicke moururent de pleurésie purulente, un autre de Nichet d'une péricardite purulente ; d'autres furent enlevés par une péritonite ; un autre, enfin, par une hémorrhagie mortelle, résultat d'une ulcération des vaisseaux hypogastriques : c'est le malade de Marrant Backer.

§ 2. — Formes anormales.

Très souvent le tableau clinique diffère beaucoup de celui qui vient d'être tracé parce qu'un grand nombre de symptômes manquent. En fait de douleurs rien, absolument rien qu'une *sciatique* remontant à quelques mois ou à quelques années de distance, à deux ans dans un cas de Delorme. Cette sciatique résiste à tous les traitements, voilà tout ce qu'on apprend dans les commémoratifs ; et d'ailleurs la résistance à toute thérapeutique est chose commune dans la sciatique.

En fait, et comme le dit M. Pierre Delbet, il s'agit bien d'une véritable sciatique, mais c'est une *sciatique symptomatique*.

Déjà Barwell (1) avait insisté sur ce détail. « Dans quelques cas, dit-il, le premier symptôme est une douleur le long du nerf sciatique ; cette douleur, lorsque la maladie affecte la partie antérieure du sacrum et tant qu'elle n'a pas envahi l'articulation, peut être pendant longtemps le seul phénomène dont se plaigne le malade ». C'est le premier et seul symptôme pendant de longs mois, et personne ne peut en soupçonner la réelle nature.

Même la présence d'une tuberculose pulmonaire concomitante ne serait pas d'un grand secours, puisque la phthisie pulmonaire surtout dans sa forme chronique est, comme l'a montré Peter, une des causes les plus fréquentes de cette névralgie ; et cela non seulement par le développement de granulations sur les méninges spinales et les origines du nerf, ainsi que l'a montré Friot, mais surtout en tant que maladie générale selon l'opinion de Geoffroy, d'Eisenlohr, de Pitres et de Vaillard.

Quoi qu'il en soit, chez le sacro-coxalgique, après quelque temps de cette sciatique, tout rentre dans l'ordre et le malade se croit guéri. En réalité, la maladie continue son cours et se développe insidieuse. De cette sciatique prématurée, nous en avons maintenant la clef : « Les douleurs sciatiques s'expliquent aisément avec un foyer osseux dans le sacrum, puisque les branches d'origine sacrée du sciatique traversent cet os » dit Pierre Delbet.

C'est seulement lorsqu'une tuméfaction apparaît quelque part, dans la fesse, au périnée ou ailleurs que le

(1) RICHARD BARWELL. *Encyclop. internat. de chir.* (Ashhurst), vol. IV, 1885, article Sacro-coxalgie.

patient vient consulter. On l'examine et, lorsqu'en rapprochant la tuméfaction de la notion de névralgie sciatique ancienne, on est amené à penser à la sacro-coxalgie, on ne trouve absolument aucun des autres symptômes de cette maladie. La douleur en tant que spontanée ou irradiée n'existe plus. C'est à peine si on parvient à la déceler par la pression ; encore faut-il suivre quelques règles pour cette exploration. Seule la pression à travers le muscle fessier ou mieux par le toucher rectal détermine une ligne verticale de sensibilité suivant l'interligne articulaire. C'est plutôt de la sensibilité que de la douleur vraie.

Il n'y a pas de *contracture*, ni de *claudication*, ni d'*impotence fonctionnelle*.

Lorsqu'on ordonne au malade de marcher, il le fait sans crainte et sans gêne. *Pas d'attitude vicieuse* : le rachis est droit, le pli fessier symétrique des deux côtés, les membres sont de même longueur. Le bassin ne présente aucune inclinaison. En un mot, ni ensellure, ni scoliose, ni raccourcissement apparent des membres, un peu d'atrophie des fessiers, mais pas toujours.

Si maintenant, l'on recherche les autres signes cardinaux. Si l'on pratique la manœuvre de Volkmann, celle de Larrey ou celle d'Erichsen, rien non plus. Il faut avouer « *que tous les signes cardinaux de la sacro-coxalgie font défaut* » (Pierre Delbet).

Quelle explication convient-il de donner de ces faits anormaux ? Tout d'abord il faut savoir que la première période de sciatique passée, la douleur manque souvent. On a cru longtemps que cette indolence était l'exception.

En 1876, dans le cas qu'il publie, M. Duplay dit que l'absence de douleur est très rare. M. Delorme est un des premiers qui aient observé un cas de cette forme indolente. Puis M. Duplay (1) a vu trois nouveaux cas. F. D. Bird dit qu'il arrive de voir certains malades marcher parfaitement avec un abcès. M. Delbet a remarqué presque constamment, et nous avec lui, que chez presque tous les malades dont on lira les observations plus loin, il y avait une indolence complète au moment de l'examen.

Et puisque la douleur manque, rien n'est plus facile maintenant que de comprendre pourquoi la claudication, la scoliose, l'ensellure, l'allongement ou le raccourcissement des membres inférieurs manque également.

On se rappelle que nous avons, dans notre description de la forme classique, pris grand soin de rattacher tous ces signes à la douleur. Puisqu'ici la douleur, ce premier anneau de la chaîne, fait défaut, il est tout naturel qu'avec son absence ou sa disparition, s'évanouisse tout l'ensemble des signes secondaires qui en dépendent.

Mais alors on nous demandera : Pourquoi la douleur manque-t-elle ? Le problème n'est encore guère résolu. Ce n'est pas la règle qu'une arthrite tuberculeuse soit indolente, surtout pendant les mouvements de l'articulation malade. Pourquoi les douleurs manquaient-elles dans nos cas ?

Or, l'explication désirée F. D. Bird, et surtout M. Pierre Delbet nous l'ont donnée.

Dans certains cas, nous dit Bird, « l'inflammation peut

(1) DUPLAY. in PIERRE DELBET, *Société anatomique* (loc. cit.).

être trop localisée pour que le rapprochement des deux os iliaques (signe d'Erichsen) soit douloureux ».

Dans ses opérations, M. Pierre Delbet (1) fait les constatations suivantes : « Bien évidemment, il s'était produit, dès le début de l'affection, autour du foyer tuberculeux, un travail d'hyperplasie qui avait eu pour résultat la formation de jetées osseuses allant du sacrum à l'os iliaque. Ces jetées osseuses avaient un double effet : d'abord elles isolaient le foyer tuberculeux, le confinant dans une partie restreinte de l'articulation, et c'est pour cela que ces formes méritent le nom de *sacro-coxalgies partielles* ; en second lieu, en produisant une ankylose osseuse entre les deux os, en les immobilisant d'une manière absolue, elles mettaient la lésion à l'abri de tout mouvement, de tout excès de pression : ainsi s'explique l'absence totale des signes habituels de la sacro-coxalgie.... ».

Lorsque le foyer tuberculeux s'ouvre dans l'articulation, cette articulation est déjà cloisonnée, ce qui fait que l'arthrite reste partielle ; elle est déjà ankylosée, ce qui fait que les signes ordinaires de la sacro-coxalgie manquent : c'est parce qu'il y avait ankylose partielle que les exagérations de pression restent indolentes.

Donc, à cette forme fruste correspondent deux symptômes échelonnés à longue distance : la *sciatique* et l'*abcès*.

Il n'est pas jusqu'à cet abcès qui ne soit atypique : au lieu de se développer suivant un axe vertical, M. Pierre

(1) Pierre DELBET. Des sacro-coxalgies partielles. *Presse médicale*, 1894, p. 255.

Delbet et nous l'avons vu souvent au contraire étendu selon le sens transversal, allant de la ligne médiane et parallèlement aux fibres du grand fessier jusque dans la fosse iliaque externe.

Pour nous résumer nous dirons que certaines formes anormales ne présentent comme syndrome clinique, à part quelques vagues autres signes, que : *sciatique rebelle et, plus tard, abcès lombo-fessier ayant très souvent une direction transversale*. Lorsqu'on connaît cette association morbide, l'on est pleinement autorisé à diagnostiquer à l'aide de ces deux seuls signes l'*arthrite tuberculeuse sacro-iliaque*.

Sans doute, il existe encore d'autres variétés que celle dont nous venons de parler. Quoi qu'il en soit, celle-ci est parfaitement caractérisée : au point de vue anatomique, c'est la *sacro-coxalgie partielle*, au point de vue clinique la *sacro-coxalgie fruste* de M. Pierre Delbet.

Nous avons tenu tout particulièrement à mettre en relief ces formes anormales pour deux raisons : D'abord les auteurs, pour la plupart, les passent sous silence ; ensuite, ces sacro-coxalgies frustes nous paraissent singulièrement plus fréquentes que les sacro-coxalgies typiques. Nous avons déjà dit que sur huit cas consécutifs observés par M. Pierre Delbet et par nous, il ne nous est pas arrivé une seule fois de rencontrer le tableau clinique au grand complet : toujours il s'agissait dans nos faits de sacro-coxalgies *partielles* au point de vue anatomo-pathologique, *frustes* au point de vue clinique.

CHAPITRE VI

Évolution et pronostic.

On ne peut guère dire quelle est au juste la durée de l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque parce qu'elle est souvent latente à son début. Boyer, Nélaton, Follin et Duplay, Delens, lui accordent une durée de 8 à 15 mois.

Mais une fois déclarée, la maladie a une tendance à s'accroître progressivement et mène à la mort.

On a décrit différemment cette évolution : Hahn reconnaissait quatre périodes, se basant surtout sur les modifications des membres : 1° la période de douleurs ; 2° la claudication ; 3° celle des variations de longueur du membre et le déplacement de l'os iliaque ; 4° celle de la fièvre hectique.

Crocq, Nélaton, Delens, admettent 3 phases : celle de début où les symptômes sont mal accusés ; celle d'état où ils sont plus nets ; celle de la suppuration.

Nous avons nous-même décrit trois périodes : celle des *troubles fonctionnels*, de la *tuméfaction*, de l'*abcès et des symptômes généraux* ; — et, comme terminaison, nous n'avons parlé que de la mort — la seule terminaison admise par Hahn, puis par Erichsen pour qui il n'existe pas de traitement capable de sauver le malade.

Or le pronostic mérite de nous arrêter un instant. Les

Américains distinguent deux cas : pour Sayre et, avec lui, Van Hook, Ridlon et Jones, il y a deux sortes de sacro-coxalgies : l'une est la sacro-coxalgie sèche et l'autre la sacro-coxalgie humide.

La sacro-coxalgie sèche est d'un pronostic très favorable, bien qu'elle aboutisse quelquefois à la suppuration. Elle guérit spontanément ou sous l'influence d'un traitement simple comme le repos, dans la proportion de 94 0/0 des cas — 16 fois sur 17. L'objection qu'on peut soulever, nous l'avons déjà exprimée en disant qu'il n'est pas bien certain que tous les cas donnés comme formes sèches soient de nature tuberculeuse.

La sacro-coxalgie humide, au contraire, selon Sayre, Van Hook, etc. serait très grave. Elle aboutirait presque fatalement à l'abcès, puis à la mort, du moins sans traitement ou avec un traitement non sanglant. Sur 38 cas, elle a donné 35 morts, soit 93,6 0/0. Van Hook n'a relevé qu'un seul cas de guérison spontanée dans une forme franchement humide, puisqu'il y eut abcès, c'est le cas de Hilton : ici la statistique est tout aussi noire : on constate 92 0/0 de mortalité chez les non opérés (Van Hook). Webb arrive à un résultat semblable. Sur 11 cas constatés à Guy's hospital, pendant 10 ans, un seul guérit.

Il faut rendre compte de cette gravité et chercher pourquoi l'arthrite tuberculeuse sacro-coxale est infiniment plus grave qu'aucune autre tuberculose articulaire ; à cela, il y a plusieurs raisons.

Ridlon et Jones incriminent le traitement chirurgical : chaque fois que celui-ci ne se termine pas par la fermeture complète de la plaie, chaque fois qu'il y a infection,

suppuration ou fistule consécutive, non seulement la récidive serait fatale, mais la maladie en recevrait un coup de fouet et c'est le traitement chirurgical qui en serait la cause.

Il y a certainement là une exagération ; cependant nous reconnaissons à cette manière de voir quelque bien fondé. C'est qu'en effet, un très grand nombre d'observations sont de date déjà ancienne. Elles appartiennent à une période où il suffisait de toucher au malade pour qu'il succombât quelques heures après. On a lu déjà l'histoire des deux premiers malades de Velpeau qui succombèrent en 48 heures de septicémie après qu'on eût provoqué l'ouverture de leur abcès. Dans les statistiques on fait rentrer à tort tous ces cas anciens.

En revanche, on ne parle guère des interventions chirurgicales pratiquées ces dix dernières années et les chirurgiens américains, même Van Hook, semblent ignorer complètement qu'en France aussi on opère les sacro-coxalgies ou, ce qui revient au même, des localisations tuberculeuses juxta-articulaires. Aucune des opérations pratiquées dans cette région par les chirurgiens français ne figure, en effet, dans son travail. Or, dans ce pays-ci, les résultats sont loin, ainsi que nous nous en sommes rendu compte nous-même, d'être aussi sombres que nous le disent Ridlon et Jones.

Enfin, si l'intervention chirurgicale, il faut le reconnaître, offre encore, à l'heure actuelle, un certain danger de mortalité, elle tient, croyons-nous, à ce qu'on intervient presque toujours trop tard. Nous verrons, en effet, que l'opération donnera d'autant plus de succès qu'elle sera

plus précoce et plus hâtive. A notre avis, il ne faut pas attendre la période des abcès ; l'opportunité de l'acte opératoire peut être discutée dès que la tuméfaction, voire même l'empâtement est reconnu.

La gravité du pronostic est donc une notion qui n'est nullement établie définitivement pour ce qui est des cas opérés.

Pour les non-opérés, au contraire, il ne paraît que trop vrai que la sacro-coxalgie humide est une affection presque fatale, abandonnée à elle-même. Serait-ce, comme nous l'avons déjà dit, parce que le voisinage du rectum, peuplé de bactéries, est une menace d'infections associées ? Il faut bien qu'il y ait, pour cette tuberculose articulaire, quelque chose de particulier qui rende compte de son extraordinaire gravité.

En tout cas, il est une notion dont personne croyons-nous n'a parlé : c'est que la sacro-coxo-tuberculose est une affection bacillaire de l'*adulte* ; or, comme telle, elle est loin d'offrir la même tendance à la guérison spontanée que la coxo-tuberculose, que le mal de Pott, ces tuberculoses de l'enfance ou de l'adolescence auxquelles il est tout à fait irrationnel de les comparer.

Encore que la guérison soit rare, elle n'en est pas moins cependant démontrée possible. Les cas d'ankylose de la symphyse sacro-iliaque — qui ne sont pas, paraît-il, très rares, puisque Boyer, Nélaton, Follin et Duplay, Crocq, Backer, Aepli, etc., en ont observé — sont la preuve que la guérison naturelle et spontanée existe bien quelquefois.

CHAPITRE VII

Diagnostic différentiel.

L'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque est *typique* ou elle est *fruste* : nous l'avons démontré.

La première est généralement facile à reconnaître, mais seulement à une période avancée, lorsque tous les symptômes sont au grand complet.

Rien n'est plus difficile, au contraire, à dépister qu'une sacro-coxalgie normale au début, c'est-à-dire avant l'apparition de la tuméfaction. Et cela est vrai à plus forte raison pour la *forme fruste* à son début.

A la phase des *douleurs*, avec tous ses symptômes associés, c'est avec les affections douloureuses qu'il faut éviter les erreurs ; à la phase de *tuméfaction*, c'est avec d'autres empâtements des régions voisines qu'on fait la confusion ; à la phase des *abcès*, il reste à préciser si l'abcès froid est bien d'origine sacro-coxale.

§ 1. — Phase des douleurs et des contractures.

LUMBAGO. — On recommande partout, depuis Larrey qui commit cette erreur, de distinguer la sacro-coxalgie du *lumbago* et le diagnostic se fait facilement par la bila-

téralité des douleurs, leur siège plus élevé, en pleine région lombaire et non dans la région fessière; l'absence de tout symptôme du côté de la fesse, l'absence des exacerbations douloureuses par la pression et l'exploration.

Dans le *lumbago*, pas de claudication non plus, et l'examen des membres montre que, d'un côté ou de l'autre, la mobilité est parfaite. La cuisse exécute tous ses mouvements sans contracture. Il n'y a guère de commun entre ces deux affections que la douleur dans les mouvements de flexion du tronc et, quelquefois, la pression de chaque côté dans les gouttières vertébrales.

En pratique l'embarras n'est guère dans ce diagnostic.

LA NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE. — Celle-ci peut aussi donner lieu au change; mais elle a pour elle des points douloureux précis (points de Valleix): il faut les rechercher sur le trajet des nerfs grand et petit abdomino-génitaux. Ajoutons qu'il n'y a aucune raison pour que cette névralgie lombo-abdominale ne puisse être, elle-même, symptomatique de la sacro-coxalgie, mais arrivée à la période des abcès, alors qu'un de ces abcès récurrents remonte dans la région lombaire et détermine la névrite des nerfs du plexus lombaire. Nous rappellerons à ce sujet deux cas de Sayre où l'on avait diagnostiqué chez les malades des névrites lombaires et pelviennes sans faire l'exploration de la région sacro-iliaque; en pratiquant cet examen Sayre découvrit, dans les deux cas, une sacro-coxalgie.

LA NÉVRALGIE SCIATIQUE. — *La névralgie sciatique est,*

tout naturellement, la maladie qui peut le mieux simuler l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque. Les auteurs y ont, pour la plupart, insisté et se sont efforcés de trouver quelque différence entre la douleur sciatique et la douleur sacro-sciatique.

Pour Erichsen, il y aurait cette différence que la sacro-coxalgie survient à un autre âge que la sciatique ; que, d'autre part, la douleur serait localisée à la région fessière dans le cas de sacro-coxalgie, au contraire, elle serait propagée dans les muscles de la cuisse s'il s'agit d'une sciatique. Gosselin donne également les mêmes raisons et, particulièrement, celle que la douleur sacro-sciatique ne s'irradie pas au delà de quelques centimètres vers la cuisse. Il parle encore d'autres différences dont la valeur est nulle.

Nous ne suivrons pas les auteurs dans ce diagnostic différentiel et, après ce qu'on a lu précédemment, on le comprendra sans peine. Il n'y a absolument aucune différence entre ces deux douleurs, et, pour l'excellente raison, que si dans certaines sacro-coxalgies il y a des douleurs dans le ou les membres inférieurs, elles ont manifestement leur siège dans le domaine du crural en avant, du fessier ou du petit sciatique en arrière, mais le plus souvent dans le *grand sciatique lui-même*.

Comment voudrait-on établir quelque différence puisqu'il s'agit de la même maladie ? C'est en vain qu'on a voulu arguer de la claudication, de la scoliose, de l'allongement apparent des membres, de l'attitude hanchée en faveur de la sacro-coxalgie. Nous avons dit, au contraire, que la sciatique vulgaire s'accompagne exactement de

toutes les mêmes déformations, et toutes relèvent de la même cause : la contracture douloureuse.

En réalité le problème doit être posé sous un autre jour. En fait, ainsi que l'a dit M. Pierre Delbet, il s'agit bien d'une sciatique dans la sacro-coxalgie, mais d'une *sciatique symptomatique*. Ce qu'il faudrait savoir, c'est si cette sciatique est symptomatique ou non d'une arthrite coxo-sacrée.

Or, à la période que nous envisageons, ce diagnostic nous paraît bien difficile à établir ; même si le sujet était en même temps phthisique, nous ne serions pas autorisé à porter le diagnostic d'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque parce que, nous l'avons vu, la sciatique vulgaire est fréquente chez les tuberculeux.

Peut-être cependant pourrait-on trouver un élément différentiel de quelque valeur par le toucher rectal. Il est possible que l'on parvienne, dans ces circonstances, à dépister, par l'exploration de la face antérieure d'une symphyse sacro-iliaque, une douleur ou une sensibilité bien localisée à cette articulation. Cette localisation douloureuse donnerait alors de grandes présomptions et, dès que la tuméfaction apparaîtrait au même endroit, le diagnostic se trouverait confirmé.

Richard Barwell propose, en outre, le moyen distinctif qui suit : « A cette période, dit-il, le diagnostic précis est impossible ; cependant on peut soupçonner ce qui existe en exerçant sur l'abdomen une pression d'avant en arrière. Celle-ci ne détermine pas de douleur dans la sciatique, tandis qu'elle en éveille quelquefois dans la sacro-coxal-

gie. » Nous ne pouvons apprécier la valeur de ce signe en ayant eu connaissance trop tard pour le rechercher chez nos malades.

CONTRACTURE HYSTÉRIQUE DES MUSCLES FESSIERS (*névralgie de la hanche d'Erichsen*). — A cette même phase de début, les auteurs parlent aussi de cette contracture comme cause d'erreur. Comme la coxalgie hystérique de Brodie, le début de celle-là serait brusque et la cessation, si elle se produit, serait également instantanée. L'examen de la région montrerait, plus tard, l'absence de tout empatement. Le sujet aurait d'autres stigmates de sa névrose, l'anesthésie pharyngienne, le rétrécissement concentrique du champ visuel, de la dyschromatopsie, des troubles de la sensibilité, de l'hyperesthésie ou de l'anesthésie cutanée.

Tout ce diagnostic a le tort d'être plus théorique que réel. Il faut être très sobre du diagnostic de sacro-coxalgie hystérique, selon la recommandation de Delens, car dans le cas de Verneuil-Gadaud où on pensa à une contracture de ce genre on trouva, à l'autopsie, une sacro-coxalgie vraie.

PsoÏTIS. — On signale aussi le *psoïtis*. Or, il en est de celui-ci comme de la sciatique. Il s'agit de savoir si la psoïte est essentielle ou, au contraire, symptomatique ; et, dans ce dernier cas, est-elle symptomatique d'une *arthrite vertébrale*, d'une *arthrite sacro-coxale* ou d'une *arthrite coxo-fémorale*.

De l'état successif de ces trois foyers d'origine, on in-

clinera ou non vers la psoïte-sacro-coxalgique. On peut dire que, de ces trois arthrites, la psoïte est observée plus souvent dans la sacro-coxalgie que dans les autres ; dans la coxalgie, c'est plutôt les adducteurs qui sont contracturés ; dans le mal de Pott dorso-lombaire, le spasme du psoas peut être bilatéral.

RELACHEMENT DES SYMPHYSES SACRO-ILIAQUES. — Faut-il faire aussi le diagnostic avec ce relâchement ? Cette mobilité anormale, plus physiologique que pathologique, survient pendant la grossesse et disparaît après l'accouchement comme l'a montré Budin. Elle porte sur les deux articulations sacro-iliaques ; elle est absolument indolente et ne produit aucun empatement.

MAL DE POTT LOMBAIRE. — Ce n'est guère dans tout ce qui précède que siège l'intérêt. La grosse difficulté consiste à reconnaître une arthrite tuberculeuse sacro-iliaque soit d'un mal de Pott lombaire sans gibbosité, soit d'une coxalgie sans abcès.

Dans le *mal de Pott lombaire* sans gibbosité, le seul élément qui ait été donné comme rationnel serait la douleur à la percussion sur la région des apophyses épineuses lombaires ; tout autre serait le siège de la douleur dans l'arthrite sacro-coxale. Encore avons-nous vu combien cette localisation de la douleur est sujette à caution. Remarquons, qu'en revanche, la percussion lombaire peut être aussi douloureuse en cas de sacro-coxalgie que dans un mal de Pott lombaire.

Il n'y a peut-être pas toujours grand intérêt à vouloir

être trop précis, car nous avons dit qu'il n'est pas rare que le mal de Pott vertébral se complique d'arthrite coxo-sacrée : c'était le cas dans les faits de Hahn, de Nichet, de Delorme, de Tiling. Et l'on sera plus réservé encore, lorsqu'on saura qu'on peut avoir affaire à une tumeur blanche localisée à l'articulation de la 5^e vertèbre lombaire avec le sacrum comme l'a indiqué Crocq.

Généralement la vérité ne se découvrira que plus tard lorsque les signes physiques apparaîtront : la gibbosité ou, au contraire, la tuméfaction fessière.

COXALGIE. — Avec la coxalgie au début, la difficulté reste tout aussi grande quoi qu'on en ait dit, au moins tant qu'il n'y a pas tuméfaction, car, à cette période la difficulté n'existe généralement pas.

L'âge a certes une certaine valeur, puisque la coxalgie appartient à l'enfance et que la sacro-coxo-tuberculose est une ostéo-arthrite de la période post-pubertique.

Les douleurs auraient aussi un siège différent. D'après Broca, la pression directe dans la coxalgie détermine de la douleur en deux points : 1^o en arrière et au-dessus du grand trochanter, 2^o en avant, au pli de l'aîne. Dans la sacro-coxo-tuberculose au contraire, c'est au niveau du sacrum et des épines iliaques postéro-supérieure et inférieure qu'il faut rechercher le point douloureux. Peut-être ceci est-il vrai pour quelques cas, mais nous avons vu signaler aussi les localisations trochantérienne et au pli de l'aîne dans certaines sacro-coxalgies.

Enfin, Erichsen conseille la manœuvre suivante. En prenant soin de *fixer* solidement le bassin avec les mains,

on peut ensuite communiquer au membre inférieur des mouvements de flexion, d'extension, d'adduction, d'abduction, de circumduction dans la sacro-coxalgie, tandis que ce serait impossible dans la coxalgie par suite de la contracture des adducteurs. S'il est vrai, comme le pensent Ridlon et Jones, et avec eux beaucoup d'autres, que le psoas est très souvent contracturé dans la sacro-coxalgie, il est à présumer que cette manœuvre sera le plus souvent en défaut, car la contracture du psoas ne saurait s'accommoder avec un mouvement d'extension ni de circumduction.

Quant au signe de Larrey et au signe d'Erichsen, ils n'ont aussi qu'une valeur très relative ainsi que nous l'avons démontré plus haut, car ils paraissent manquer le plus souvent.

On ne peut invoquer non plus les changements d'attitude du membre inférieur et de la colonne vertébrale qui sont souvent identiques dans l'un et l'autre cas ; il en est de même de la douleur au genou et de la claudication.

En somme, il n'y aurait d'élément différentiel que l'*âge* et la *douleur à la pression* sur un ou plusieurs points de la partie postérieure de la région, ce qui est plutôt insuffisant.

Peut-être y aurait-il avantage pour ces cas si difficiles de donner du chloroforme au malade. L'examen de la hanche déterminerait alors le siège vrai du mal si, la main étant appliquée sur le trochanter pendant les mouvements imprimés au membre inférieur, on parvient, ce qui est fréquent dans la coxalgie, à percevoir des craquements

articulaires. Même à une période avancée, nous doutons que les surfaces articulaires, dénudés dans la sacro-coxalgie, aient une suffisante mobilité pour produire le même frottement. Ce signe différentiel qui n'est guère donné, nous semble un des meilleurs.

N'oublions pas cependant qu'il ne faut pas non plus être trop précis dans un certain nombre de cas, car il est des coxalgies qui s'accompagnent de sacro-coxalgie au cours de leur évolution, ou inversement (tel le cas de Demons).

AUTRES ARTHRITES. — Enfin, il faut penser aux autres arthrites sacro-iliaques qui ne sont pas tuberculeuses : telles sont l'arthrite *rhumatisme*, *blennorrhagique*, admise par Fournier, et dont M. Le Dentu a relaté un cas en 1878, *sypilitique*, ou *pseudo-rhumatisme infectieuse* (1).

Dans la *maladie rhumatisme*, l'évolution sera courte et plus aiguë s'il s'agit de rhumatisme franc ; et les manifestations articulaires se portent rapidement à plusieurs articulations.

La marche sera chronique dans certains rhumatismes déformants, et, partant, semblable à la sacro-coxo-tuberculose, mais ici encore, tout comme dans la polyarthrite rhumatisme franche, les localisations aux autres articulations seront un renseignement précieux ; c'est ainsi que les articulations comme celles des mains, des pieds, seront toujours atteintes dans la polyarthrite rhumatoïde de Garrot.

(1) LE DENTU. Sacro-coxalgie blennorrhagique. Guérison en 3 semaines. *Société de chirurgie*, 1878.

Le diagnostic doit surtout être fait avec les *monoarthrites infectieuses*; et nous avons mentionné la *blennorrhagie* et la *syphilis*. L'enquête sera donc dirigée dans ce cas vers l'urèthre pour la première, vers les autres manifestations cutanées ou muqueuses pour les autres.

A la suite d'une maladie comme la *scarlatine*, la *rougeole*, la *typhoïde*, le *rhumatisme pseudo-infectieux* qui se localisent dans la sacro-iliaque, le diagnostic serait d'autant plus difficile, que souvent ces maladies peuvent favoriser une poussée de tuberculose chez les gens qui portent en eux le germe tuberculeux puisqu'ils se trouvent en état de moindre résistance.

Faut-il aussi faire le diagnostic avec l'*arthrite puerpérale*, ou *arthrite pyohémique*? Ce diagnostic a perdu une partie de son intérêt, maintenant que les accidents puerpéraux et l'infection purulente sont beaucoup plus rares qu'autrefois. En outre d'ailleurs des commémoratifs, on trouverait, dans ces cas, quelque autre localisation autre part qui mettrait sur la voie, par exemple des abcès métastatiques dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Van Hook parle aussi de l'*arthrite goutteuse*. Enfin, quoiqu'il en existe probablement, ajoute-t-il, nous ne connaissons pas d'*arthrite tabétique*. On conçoit combien la distinction peut être difficile à établir entre plusieurs de ces monoarthrites et la sacro-coxo-tuberculose à forme sèche de Van Hook.

§ 2. — Phase de l'empâtement.

On croirait volontiers qu'à cette période, le diagnostic précis devient facile ; il n'en est rien le plus souvent. Même après la constatation d'une tuméfaction reconnue, le doute peut subsister.

Et, en effet, nous n'avons considéré que la seule région sacro-iliaque, mais, tout autour de celle-ci, la tuberculose peut produire les mêmes dégâts : si le siège primitif de cette ostéite tuberculeuse est d'abord éloigné de cette articulation, la tuméfaction qui l'accompagne peut s'épanouir jusqu'au niveau de l'articulation sacro-iliaque qu'elle masque.

TUBERCULOSE DE VOISINAGE. — En partant, par exemple, de la colonne lombaire jusque vers l'articulation de la hanche, on connaît des tuberculoses primitives de *l'articulation vertébro-sacrée*, des ostéites tuberculeuses du *sacrum*, des tuberculoses de *l'articulation sacro-iliaque* qui font l'objet de cette étude, des tuberculoses localisées à *l'épine sciatique* (cas de Terrillon et de Lee) et des tuberculoses *de l'ilion en arrière de la cavité cotyloïde* — cas que Gouilloud désigne sous le nom d'ostéites péri-acétabulaires. — Enfin il existe aussi des *coxalgies primitivement acétabulaires*, comme l'a vu Erichsen.

On comprend donc que, dans toute cette série indistincte de centres primitifs, l'empâtement prenne parfois une extension vers l'articulation sacro-iliaque et combien il est alors difficile de se reconnaître alors que celle-ci est saine. Il est vrai que, en ce qui concerne certaines os-

téites juxta-articulaires, une erreur de diagnostic n'aurait pas grande importance puisque la même indication opératoire subsisterait.

On a dit que la douleur offre un siège différent dans la sacro-coxalgie, puisqu'elle réside au niveau de l'interligne articulaire sacro-coxale ou au niveau des épines iliaques postérieures. Ceci est inexact et, pour montrer combien il faut peu s'y fier, nous citerons le fait de Delorme dans lequel les symptômes ordinaires de la sacro-coxalgie existaient bien ; il y avait tuméfaction et douleurs voulues dans la région ; le cas pouvait être considéré comme typique : à l'opération, on ne découvre aucune trace de sacro-coxalgie ; il s'agissait seulement d'une coxalgie.

Dans un autre cas, ce même chirurgien porte le même diagnostic ; mais, à l'opération, on trouva un mal de Pott lombaire concomitant qui était passé inaperçu.

OSTÉOMYÉLITE. — Enfin, il existe les mêmes tuméfactions dans l'*ostéomyélite du bassin*. Ici la grande réaction locale et générale, les symptômes typhoïdes accompagneront les formes très infectieuses. Mais s'il s'agit d'ostéomyélite subaiguë ou chronique, rien ne permettra de décider que l'ostéite est, ou non, de nature tuberculeuse.

PÉRITYPHLITE. — Ridlon et Jones recommandent d'y penser ; cette remarque est juste, car certains appendices à situation pelvienne déterminent des indurations locales pouvant donner le change lorsqu'ils seront enflammés dans le petit bassin.

COLLECTIONS ANNEXIELLES CHEZ LA FEMME. — Même réflexions que ci-dessus.

NÉOPLASMES etc. — En terminant rappelons que Delens, Bounaix, Provendier ont cru bon de faire le diagnostic avec le cancer, les tumeurs fibro-plastiques, les enchondromes et les kystes hydatiques du bassin. Van Hook dit, avec raison, qu'aucun observateur n'ayant été embarrassé sur ce point jusqu'à présent, ces considérations sont purement théoriques.

Robert, Poulet et Bousquet signalent, au niveau de l'articulation sacro-iliaque, des exostoses liées à l'arthrite déformante sénile.

§ 3. — Période des abcès.

Lorsque l'abcès se montre à l'extérieur, on doit rechercher quelle en est l'origine :

MAL DE POTT. — L'examen du rachis est à faire en première ligne ; la recherche d'une gibbosité mettra tout de suite sur la voie lorsqu'elle existe.

COXALGIE. — On explorera aussi la hanche, car la coxalgie s'accompagne de trois sortes d'abcès : cruraux, fessiers et pelviens qui, tous trois, existent aussi dans la sacro-coxalgie.

A la période *fistuleuse* le doute persiste si l'on ne peut atteindre le point dénudé. C'est ainsi que certaines fistules à l'anus, dites de l'espace pelvi-rectal supérieur ou ostéopathique, ne sont parfois que d'anciennes sacro-coxalgies avec abcès ouvert à l'anus ou au périnée.

CHAPITRE VIII

Traitement.

« Aucun traitement n'est capable de sauver le malade », disait Erichsen. Les temps sont heureusement changés et nous espérons démontrer ici, en nous basant sur des faits indiscutables, que la thérapeutique chirurgicale compte à l'heure actuelle quelques belles guérisons. Les ressources dont nous disposons sont de deux ordres différents : le traitement *non sanglant* et le traitement *sanglant*.

Cen'est certes pas que nous voulions opposer l'une à l'autre ces deux méthodes ; nous n'avons nullement l'intention d'en faire des rivales, mais elles ont chacune leurs indications spéciales. D'ailleurs, dans bien des circonstances, elles se complètent avantageusement l'une l'autre.

Nous laissons de côté le TRAITEMENT GÉNÉRAL qui est celui de toute tuberculose, et dont l'importance est cependant grande : l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, le phosphate de chaux, ce dernier pour les enfants, le grand air et la lumière trouveront ici une naturelle application. Toutefois, comme ce traitement général n'offre dans l'espèce rien de particulier, nous n'y insisterons pas davantage.

§ 1. — **Traitement non sanglant.**

Il comprend lui-même divers procédés :

- 1° L'IMMOBILISATION SIMPLE.
- 2° L'IMMOBILISATION ASSOCIÉE A L'EXTENSION HORIZONTALE.
- 3° L'IMMOBILISATION COMBINÉE A L'EXTENSION VERTICALE.
- 4° LA RÉVULSION.
- 5° LA PONCTION.

1° IMMOBILISATION SIMPLE. — La sacro-coxalgie est une arthrite tuberculeuse. Cette définition au point de vue thérapeutique entraîne comme conséquence la nécessité de l'immobilisation. Il n'est pas douteux que tout malade porteur de noyau tuberculeux dans le sacrum doive, dès le principe, être condamné à un repos absolu. Toute fatigue, toute pression intra-articulaire, ne peut avoir qu'une influence déplorable sur l'évolution du mal.

Cette règle, établie pour toutes les tuberculoses articulaires, ne saurait souffrir une exception au sujet de la sacro-coxalgie. On objectera en vain que cette articulation n'est le siège d'aucun mouvement appréciable. L'argument est spécieux : le mouvement n'est funeste que par le traumatisme qu'il crée, et le traumatisme est créé par d'autres facteurs que par le mouvement. Ici, il n'y a pas mouvement, c'est exact, mais l'article supporte le poids du corps dans certaines attitudes. Ce phénomène, pour passif qu'il soit, n'en est pas moins un mode de traumatisme puisqu'il détermine la pression des surfaces articulaires.

Il faut mettre l'articulation au repos, tel est le principe. Tout de suite une question se pose : dans quelle attitude physiologique l'articulation est-elle au repos ? Voilà ce qu'il importe de déterminer avant de passer à l'application du principe. Examinons à ce sujet la statique du corps dans la station *debout*, la position *assise*, le *décubitus dorsal*.

Station debout. — Dans la station debout, le poids du corps est transmis du rachis au fémur en passant par la cavité cotyloïde. Une partie seulement de cette action se perd dans les articulations sacro-iliaques, car le poids du corps, par le mécanisme que nous avons déjà vu page 76, tend toujours à resserrer les deux surfaces articulaires du sacrum et de l'ilion. L'article est en état de travail, travail relatif il est vrai mais qui n'existe pas moins. Il s'ensuit donc que la station debout est incompatible avec le repos de cette articulation.

Position assise. — Cette position est plus mauvaise encore. En effet, la ligne de transmission de la force se dirige ici vers les ischions, c'est-à-dire qu'elle est presque sur le même plan vertical que l'articulation coxo-sacrée. Le sacrum transmet tout le poids du corps aux régions postérieures du bassin osseux, régions du corps que les forces ne quitteront plus puisqu'elles aboutissent aux ischions. La position assise nécessite donc le maximum de travail de la part des articulations sacro-coxales. C'est la plus défavorable, au point de vue du repos.

Décubitus dorsal. — Ici, au contraire, le repos est pres-

que absolu puisque, étant donnée la direction suivant laquelle le sacrum s'emboîte entre les deux ilions, de bas en haut et d'avant en arrière, les deux articulations sacro-iliaques, lorsque le malade est couché, ne supportent que peu de poids.

La conclusion est donc que l'immobilisation ne peut se trouver bien réalisée que dans le décubitus dorsal. M. Tillaux (1) est de cet avis, car il dit textuellement dans son excellent *Traité d'anatomie topographique*: « Les attitudes debout et assise, qui déterminent une pression sur l'articulation, sont intolérables. Les malades réclament la position horizontale ».

Dans le décubitus dorsal seul, l'immobilisation n'est pas rigoureusement absolue. C'est, qu'en effet, mis au lit, le malade exécute une foule de mouvements, soit des membres, soit du tronc, et, chacun de ceux-ci a évidemment sa répercussion lointaine dans l'article malade : d'où l'idée de supprimer la plupart de ces inconvénients, au moins dans la partie du tronc et des membres inférieurs qui avoisine l'articulation atteinte.

On arrive à supprimer ces mouvements par la gouttière de Bonnet, ou bien par un appareil plâtré. Boyer, Nela-ton, Delens, Péan, Crocq préconisent le premier procédé. On peut faire tout aussi bien et à moins de frais avec l'attelle plâtrée de Verneuil, telle qu'on l'emploie dans la coxalgie : c'est pourquoi on devra donner, le plus souvent, la préférence à cette dernière pratique. Un certain nom-

(1) TILLAUX. *Traité d'anatomie topographique*, 7^e édition, 1892, p. 765.

bre d'auteurs, Hilton entr'autres, l'ont déjà employée avec succès dans l'affection qui nous occupe.

2° IMMOBILISATION ASSOCIÉE A L'EXTENSION HORIZONTALE.

— Le but visé lorsqu'on ajoute l'extension, outre que cette extension amène une plus complète immobilité, est surtout de supprimer le contact trop intime entre les surfaces articulaires malades, ce contact résultant de la contracture douloureuse des muscles qui maintiennent dans l'articulation une exagération de pression.

En supprimant l'action musculaire, on obtient : d'une part une sédation de la douleur, puisque la contracture cesse, puisqu'aussi les surfaces malades ne sont plus en contact ; d'autre part, on s'oppose en partie à l'évolution des lésions. L'inoculation se fait moins facilement de proche en proche, puisque le contact est moins intime.

Ces considérations qui, pour l'articulation de la hanche, sont de la plus haute valeur, semblent, *a priori*, perdre une grande partie de leur importance quand il s'agit de l'articulation sacro-iliaque en vertu de sa disposition anatomique tout autre que celle de l'articulation coxo-fémorale.

Quoi qu'il en soit, l'immobilisation avec extension horizontale est appliquée par Sayre dans le traitement de l'arthrite tuberculeuse sacro-coxale, et cet orthopédiste n'y a recours que pendant la phase aiguë de la maladie.

En 1880, John Wood déclara qu'il fallait faire de l'extension des deux côtés : pour lui, l'extension unilatérale est inutile ou même nuisible.

3^e L'IMMOBILISATION COMBINÉE A L'EXTENSION VERTICALE.

— Son grand avantage est de permettre au malade de quitter le lit, et même de marcher ; seul le membre malade est au repos ; en revanche, il faut reconnaître que l'immobilité est beaucoup moins parfaite que dans les cas précédemment envisagés. Comme dit Van Hook, il semblerait que les mouvements du membre sain ne pourraient qu'impressionner défavorablement l'articulation malade et que, si les ligaments sont lésés, l'extension, en agissant sur eux, contribuerait à la propagation de la maladie.

Ridlon et Jones pensaient aussi qu'on doit écarter toute idée d'obtenir une immobilisation satisfaisante avec un appareil permettant la marche.

Ces objections sont sans doute théoriques, car Sayre admet les bons effets de ce procédé d'immobilisation dans la sacro-coxalgie. Pour le réaliser, l'orthopédiste américain munit le membre sain d'une chaussure surélevée et, du côté malade, il place un poids lourd au talon et à la semelle de la chaussure. Il n'a recours à cette méthode qu'au bout de 2 ou 3 mois pendant lesquels il emploie l'immobilisation avec extension horizontale, c'est-à-dire telle que nous l'avons vue plus haut. Les résultats se seraient montrés excellents, grâce surtout aux exercices en plein air, grâce aux distractions morales. C'est là en effet un grand bienfait et dont on apprécie toute l'importance.

Pendant toute une phase de transition, les malades de Sayre sont remis, la nuit, en immobilisation avec l'extension horizontale. Van Hook préconise ce traitement pour les sacro-coxo-tuberculoses sèches.

Lorsqu'enfin, l'immobilisation n'a plus sa raison d'être, dans la phase de guérison, plusieurs auteurs trouvent bon de se servir d'une large ceinture pelvienne, selon la pratique de Hilton, dans le but de soutenir et de fixer le bassin : c'est le traitement de la convalescence ou, quelquefois aussi, le traitement post-opératoire, lorsque les brèches ont été faites largement au bassin qui manque de solidité.

L'usage des ceintures dans la sacro-coxalgie remonte à Crocq et à Backer. En 1876, Christophe Heath recommande le bandage pelvien. Van Hook fait aussi porter à ses malades une large ceinture pelvienne lorsqu'ils sont en convalescence.

4° LA RÉVULSION. — Elle s'adresse à la douleur, au spasme, et aurait, en outre, une action heureuse sur l'évolution de la tuberculose.

Sous différentes formes, on la retrouve à peu près à toutes les époques : Boyer, Larrey, Nélaton, Follin et Duplay, Crocq, Erichsen, Laugier, etc.

Larrey parle des bons effets des moxas dans la sacro-coxalgie. On se servit plus tard de cautères avec la pâte de Vienne. Delens leur accorde une confiance plus limitée : leur action est peut-être moins immédiate, disait-il.

Plus près de nous, Sayre conseille les sangsues au début, la cautérisation. F. D. Bird, qui écrivit cependant en 1887, parle encore de l'application de sangsues, de 3 à 18, dans le but de déterminer une déplétion locale.

Les vésicatoires aussi étaient un révulsif de choix, et nous n'avons pas été peu étonnés de constater dans les

écrits les plus récents que certains chirurgiens étrangers préconisent avec ardeur cette thérapeutique.

On ne saurait trop protester contre l'emploi abusif qui est fait de la pâte cantharidienne et, à une récente réunion de la société de thérapeutique (1), les méfaits de cet agent ont été très justement dénoncés. La discussion a été close par ces mots de M. Huchard auxquels nous nous associons entièrement : « En résumé le vésicatoire a fait son temps et nous devons y renoncer ».

Nous ajouterons de plus que, toute autre considération mise à part, les sangsues, vésicatoires etc. devraient être bannis pour la seule raison qu'ils favorisent l'infection de la région déjà malade, et peuvent nuire à la réussite de l'opération dans les cas où celle-ci pourrait être ultérieurement jugée utile.

Les pointes de feu *légères* peuvent, à la rigueur, être tolérées comme révulsif et surtout à cause de leur action analgésique incontestable une fois la douleur causée par la brûlure disparue ; mais nous proscrivons également l'ignipuncture profonde selon la méthode de Richet et admise par Kocher, Julliard etc... qui, dans la pensée de l'auteur, est destinée à stériliser les lésions en portant la chaleur au centre des épiphyses spongieuses malades, car nous ne sachons pas que ce traitement ait reçu son application dans la sacro-coxalgie.

3° LA PONCTION. — Hahn et Laugier considéraient l'ouverture de l'abcès comme un accident fatal et ajoutaient :

(1) Société de thérapeutique, séance du 11 mars 1896.

« on devra éviter à tout prix cette fâcheuse complication ». Mais que fallait-il faire pour l'éviter ? c'est ce que ces auteurs ne nous disent pas.

Erichsen recommanda l'incision valvulaire afin d'éviter l'entrée de l'air dans la poche.

Velpeau fut le premier qui résolut de provoquer, de propos délibéré, l'évacuation du pus. Et en effet, dit-il, « si on laisse l'abcès s'ouvrir de lui-même, l'air ne tarde pas à s'infiltrer dans le foyer ; il y vicie et y décompose le pus qui y stagne continuellement et, de là, les phénomènes d'intoxication générale auxquels les malades succombent ». Deux fois, Velpeau mit son projet à exécution : la première fois, il se servit du bistouri ; la seconde fois, de la pâte de Vienne : il perdit ses malades de septicémie en quelques heures.

Sous cette impression, toute espèce d'intervention fut pour longtemps bannie. Cependant, peu à peu, les chirurgiens reprirent quelque confiance : Nélaton, Crocq, Boyer firent la ponction au trocart ; puis, on remplaça cette dernière par des incisions au couteau incandescent de Larrey. Laugier alla même jusqu'à pratiquer de larges incisions.

Plus tard, Follin et Duplay, Delens et Péan, établirent un drainage suivant le procédé de Chassaignac ; puis, cette méthode se perfectionna : l'évacuation fut réalisée par l'aspiration, et on compléta celle-ci par des injections modificatrices. La teinture d'iode, le chlorure de zinc, l'éther iodoformé selon la pratique de Verneuil et de Mosetig Moorhof, furent successivement choisis comme liquides modificateurs et employés ainsi que le constate Delens dans sa thèse de 1872, puis par Barker 1883, par Péan,

1885. Mais l'enthousiasme ne fut pas grand parce que « les injections et lavages répétés avec des solutions antiseptiques empêchent rarement la terminaison fatale » (Chauvel).

En somme, dans cet ordre d'idées, le dernier degré de la perfection est la méthode de Verneuil : l'évacuation avec aspiration suivie d'injection d'éther iodoformé.

En agissant ainsi, on ne prétend nullement guérir la maladie, puisqu'on laisse intact le foyer lui-même de la sécrétion. En outre, il y a une circonstance très défavorable que les auteurs laissent complètement de côté : les injections iodoformées, dit M. Pierre Delbet, « sont presque fatalement condamnées à l'échec. En effet, le pertuis qui fait communiquer l'abcès superficiel avec la cavité articulaire, au travers de tissus fibreux épais, est si étroit que le liquide injecté ne peut pas arriver dans le véritable foyer du mal ».

D'ailleurs ce traitement n'a d'autre valeur que d'être palliatif.

Nous ne pouvons pas cependant le rejeter systématiquement, car il subsiste un certain nombre de cas dans lesquels on sera heureux d'y avoir recours. C'est ainsi que Tillmann dit avoir eu plusieurs succès par des injections répétées.

Retenons donc cette pratique comme un expédient utile : on est exposé à l'appliquer non comme méthode de choix, mais seulement comme méthode de nécessité ; et nous dirons qu'il convient lorsqu'on ne peut faire autrement : par exemple, chez un malade arrivé au dernier

terme de la cachexie ; chez un patient dont les viscères sont tarés, soit par la suppuration chronique, soit par la tuberculose secondaire ; chez un sujet enfin, où le traitement curatif ne paraît pas possible. Même dans cette dernière catégorie cependant, nous pensons qu'on peut encore arriver à supprimer la suppuration dans la majorité des cas parce que l'articulation, de par sa situation, est toujours aisément accessible pour un grattage, un curetage, ce qui la distingue de ses voisines les articulations vertébrales et celle de la hanche.

Si, ainsi qu'il arrive le plus souvent, les méthodes palliatives ayant échoué, la poche s'enflamme, la peau rougit et s'amincit, l'abcès s'ouvre spontanément et, après s'être vidé, l'orifice se ferme pour se rouvrir de nouveau et cela d'une façon intermittente ; si encore, la communication reste définitive avec l'extérieur et le trajet s'organise, la fistule devient définitive, que faut-il faire ?

Bounaix, pour cette complication, recommandait le drainage permanent ; d'autres se bornent à déterger la cavité de temps à autre par des injections antiseptiques. Nous venons de le dire, c'est là une méthode de nécessité dont il ne faut rien espérer. La poche est diverticulaire et anfractueuse, des clapiers s'organisent où le liquide purulent, fatalement infecté secondairement, stagne et croupit. Les plus puissants antiseptiques restent sans effet sur l'épaisse membrane tuberculeuse. Heureusement la thérapeutique dispose d'autres ressources : ici commence donc l'étude de la méthode sanglante, celle du présent, de l'avenir : la *méthode curative*.

§ 2. — **Traitement sanglant (Méthode curative).**

Ce qui caractérise cette méthode, c'est qu'elle attaque le mal à sa racine : elle se propose de mettre l'articulation malade au net par le curettage, le grattage, l'extirpation des séquestres etc. et d'amener la *restitutio ad integrum*.

Cette thérapeutique est née d'hier avec la propagation de l'asepsie et de l'antisepsie.

Déjà Erichsen l'avait condamnée, et pour cause. M. De-lens semblait encore la frapper d'interdiction lorsqu'il écrivait : « Nous ne voyons aucune circonstance dans laquelle le traitement chirurgical de la sacro-coxalgie réclame l'intervention opératoire du chirurgien. La résection ne saurait être pratiquée fût-elle partielle ; tout au plus y a-t-il quelquefois des séquestres à extraire ».

Quelques années plus tard, Backer s'en tenait à l'incision fessière après évacuation du pus. L'on put ainsi, ajoute-t-il, « dans quelques cas, découvrir le point malade et le ruginer, mais les résultats furent funestes ».

Nous n'insistons pas sur la cause du peu de hardiesse des chirurgiens à cette époque : on les connaît : la pyohémie, la septicémie, le tétanos, etc., étaient là tout prêts à enlever avec rapidité les malheureux qu'on aurait tenté de guérir par une intervention radicale.

Notons toutefois qu'en 1885, alors que les pratiques actuelles de désinfection étaient déjà fort répandues et faisaient merveille, M. Péan lui-même, dans son cas, se borna à inciser largement et s'en tint à cette conduite.

Cependant la méthode curative avait déjà vu le jour.

Le cas le plus ancien de traitement radical qu'on puisse retrouver dans l'histoire de la sacro-coxalgie appartient à Sayre. Il ne fut jamais publié avant que Van Hook nous en eût donné connaissance :

C'était en 1853. Un enfant de 2 ans $1/2$ portait un abcès à la région lombaire, consécutif à une chute. Après l'échec des traitements ordinaires, Sayre lui fit une incision de 7 à 10 centimètres suivant le trajet inter-articulaire de la sacro-iliaque et évacua ainsi une grande quantité de pus. L'articulation étant mise à nu, ce chirurgien enleva les cartilages du sacrum et de l'ilion, puis, n'ayant pas d'autre instrument avec lui à ce moment, il gratta l'os carié avec un couteau à émonder les arbres. La plaie fut bourrée d'étoupe imbibée de baume du Pérou et trois mois après la guérison était complète.

Dix ans plus tard, en 1863, Sayre faisait sa seconde cure radicale :

Il s'agissait encore d'une sacro-coxalgie avec abcès énorme. Le malade avait été traité jusque-là pour une *coxalgie*. Le diagnostic fut rectifié ; puis, après avoir ouvert l'abcès, au-dessus de l'articulation malade, Sayre découvrit une carie du sacrum et de l'ilion. Avec la gouge il enleva la partie d'os nécrosé. Quelque temps après cette opération, le patient fut traité par l'extension verticale ; chaussure élevée du côté sain ; chaussure avec poids du côté malade. Quatorze mois après, guérison parfaite.

Golding Bird (1), dans sa récente communication, nous parle de trois malades qu'il aurait opérés en 1880 et 1882. Chez le premier, il enleva des séquestres au niveau de l'articulation après avoir trépané l'os coxal, tandis que

(1) GOLDING BIRD. *Trans. Clin. Society of London*, 1893, *loc. cit.*

chez les deux autres, il atteignit la symphyse en suivant des fistules de bas en haut.

C'est alors que la méthode curative fit son apparition en France, en 1882, avec M. Trélat. Dans une sacro-côxalgie suppurée que plusieurs incisions successives n'avaient nullement améliorée, ce chirurgien ouvrit largement un trajet fistuleux qui le conduisit jusqu'à l'articulation malade. Là, plusieurs séquestres furent découverts, puis enlevés ; le bassin lui-même fut trépané. La suite de cette intervention fut une amélioration notable.

Puis les opérations se multiplient rapidement tant dans ce pays-ci qu'à l'étranger.

En 1882, également, Boeckel rapporte un cas d'ostéite probablement tuberculeuse du sacrum chez un homme qui déterminait une paralysie des jambes et de la vessie. Cette paralysie disparut après l'opération.

Tiling, presque en même temps, faisait de même dans deux nouveaux cas, mais dans l'un il fut amené à produire un délabrement énorme, les lésions étant très avancées. Ainsi, il extirpa la tubérosité iliaque, le rebord de l'échancrure sciatique et tout le rebord du sacrum, si bien qu'après cela, l'ilion était devenu complètement flottant à sa région postérieure. La mort fut la conséquence de ces deux interventions et, d'une manière générale, Tiling fut quelque peu blâmé de ses téméraires entreprises, si l'on en juge par l'appréciation de Van Hook.

Ollier fut plus prudent et plus heureux. La guérison fut complète dans deux de ses trépanations du bassin avec drainage intra-pelvien. Même résultat favorable dans un cas de Marsch en 1886.

A cette époque aussi, Delorme fit des trépanations et des grattages dans plusieurs cas de sacro-coxalgie ou de tuberculose juxta-articulaire.

Puis viennent les interventions de Périer, Gant, Van Hook en 1887, de Makins (1888 et 1890), de Collier (1889), de Lannelongue (1891), de Beale en 1892 et de Gould (1893).

Depuis lors, M. Pierre Delbet n'a pas opéré moins de huit cas de 1892 à 1895. Notons aussi les 3 opérations précoces de Golding Bird (1) publiées en 1895.

Cela nous fait donc, si nous en exceptons un cas de Tiling et un de Delorme pour des raisons que nous donnons ailleurs, une petite statistique de 38 opérations radicales pratiquées dans la région sacro-iliaque.

INDICATIONS OPÉRATOIRES.

Ne relèvent pas de l'acte chirurgical les sacro-coxalgies sèches de Van Hook, Ridlon et Jones etc., sauf dans les cas où elles évoluent vers la forme humide. *Il n'est pas encore prouvé que toutes ces formes sèches soient de nature tuberculeuse* ; mieux vaut donc s'en tenir pour elles aux traitements simples. L'indication est de faciliter la tendance naturelle de ces lésions vers la guérison spontanée. Le traitement orthopédique de Sayre serait donc absolument de mise ici, ou, plus simplement, l'immobilisation suivant la méthode française avec le bandage pelvien ou

(1) *Loc. cit.*

le corset plâtre prenant, s'il le faut, la partie supérieure de la cuisse afin d'immobiliser la jointure malade.

Même dans les formes humides, il y a des cas auxquels il ne faut pas toucher. Dans le cas d'une coxalgie ou d'un mal de Pott concomitant, on ne fait évidemment que de la mauvaise besogne, car l'arthrite sacro-coxale, outre qu'elle est généralement très étendue quand on intervient dans ces cas, est le plus souvent secondaire à ces localisations de voisinage. Pourquoi tenter de supprimer une seule de ces localisations alors qu'on laisserait les deux autres qui sont plus importantes encore ?

D'autre part, la déchéance extrême de l'état général, la dissémination de la tuberculose à d'autres viscères importants, la phlébite, l'œdème, la cachexie sont des contre-indications à l'acte sanglant. Toutefois, c'est là une question de degré qui varie suivant chaque cas. C'est ainsi qu'un certain nombre d'opérés auraient eu des manifestations tuberculeuses du poumon indiscutables avec hémoptysie etc. Plusieurs des malades de M. Pierre Delbet étaient des phthisiques avérés ; ils n'en retirèrent pas moins cependant un avantage considérable de l'intervention.

A l'autre extrême des lésions, au tout premier début, à l'époque où il n'existe qu'une simple sciatique et aucun autre signe physique, il n'est guère permis non plus de songer au traitement sanglant. D'ailleurs la question se juge d'elle-même puisque le diagnostic est difficile à poser avec nos modes actuels d'investigation. On ne sait s'il s'agit d'une sciatique simple, ou d'une sciatique symptomatique d'une tuberculose. Ce serait une exagération regret-

table que de s'en tenir au seul élément douleur, car, avec ce raisonnement, on en arriverait à proposer l'incision exploratrice chez tous les sciatiques, et ils sont légion.

C'est pour ces raisons que nous ne croyons pas pouvoir aller actuellement aussi loin que Golding Bird qui, se basant sur les symptômes de début et, surtout, sur la douleur provoquée par la pression au niveau de l'épine iliaque postérieure et inférieure, conclut à la présence d'un foyer tuberculeux dans ou au voisinage de l'articulation, et va à sa recherche « en appliquant une couronne de trépan à la base de l'épine iliaque postéro-inférieure sur une ligne allant du sommet de cette épine à un point situé à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen de la crête iliaque : la ligne ainsi tirée correspondant au grand axe de l'articulation ». Le tracé opératoire indiqué ici est conforme aux principes qui ont guidé la plupart des chirurgiens qui sont intervenus dans cette région, aussi renverrons-nous, pour plus de détails à notre chapitre consacré au *manuel opératoire*.

Ce que nous critiquons, c'est la précocité de l'intervention. L'opération n'ayant rien de grave par elle-même, il est évident que si la présence de la lésion bacillaire était clairement démontrée, son opportunité pourrait être discutée et résolue affirmativement. Mais nous venons de le dire, à la première période dite des douleurs, nous ne pouvons, à l'aide de nos moyens actuels d'investigation, qu'émettre l'hypothèse de l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque probable, et nous sommes loin d'avoir des bases suffisantes pour un diagnostic ferme.

Nous avons vu récemment, après M. Delbet, un malade

qui présentait un terrain éminemment favorable au développement du bacille : il avait de la sciatique, de la scoliose et accusait de la douleur à pression au niveau de l'articulation sacro-iliaque, etc., etc. Avec notre maître, nous avons cru à un début de sacro-coxalgie ; nous pensons toutefois qu'il serait téméraire, puisqu'il n'y a pas *certitude*, d'aller réséquer chez cet homme une portion plus ou moins considérable de l'os coxal dans le but d'explorer l'article.

On remarquera du reste que, des trois opérés de Golding Bird, l'invasion tuberculeuse n'est hors de doute que dans un cas, c'est là où « dans la jointure qui était désorganisée, on trouva des séquestres, des débris de cartilage et du tissu granuleux et pulpeux, tandis que la surface articulaire sacrée était molle à la superficie, se laissant facilement gratter avec la curette,.... », de plus, « en écartant les deux os l'un de l'autre, on découvrit deux abcès, l'un antérieur et l'autre postérieur qu'aucun indice n'avait révélé à l'examen ».

Dans la seconde observation, il existe « un magma couleur peau de chamois couvrant les surfaces articulaires, ainsi que des débris de cartilage et des fongosités, mais *aucune maladie ou ramollissement de l'os*, soit sacré, soit coxal ». S'il y a ici invasion bacillaire, le début serait synovial, ce qui n'est pas prouvé.

Dans un troisième cas, G. Bird, après avoir constaté que sa malade « souffre tout particulièrement lorsqu'on comprime la base de l'épine iliaque postérieure et inférieure », procède à la trépanation. Il pénètre dans « une articulation où existe beaucoup d'adhérences et qui est

comme *en état de réparation* », et ajoute : « Je ne trouve aucune preuve de tuberculopathie quoiqu'il eût pu en être ainsi ».

En somme, étant données nos connaissances présentes, rien ne nous autorise à préconiser l'opération avant l'apparition du stade d'empâtement parce que ce n'est qu'à partir de ce moment que nous pouvons affirmer l'existence de la lésion tuberculeuse.

Hormis ces cas, il nous reste à envisager *trois* autres groupes de faits dans lesquels l'intervention semble bien commandée. A la période de *fistules* ; à la phase d'*abcès* manifeste *non ouvert* ; au stade de *début d'empâtement ou de tuméfaction*.

1^o PÉRIODE DE FISTULES. — Lorsque le sacro-coxalgique ancien est un fistuleux, on peut l'opérer, bien entendu si son état général le permet.

En effet, nous ne possédons aucun traitement autre que le traitement sanglant qui puisse guérir cette vaste surface fistuleuse. Aucun antiseptique, quel que soit sa puissance, ne peut prétendre détruire la paroi de ces fistules destinées à se perpétuer.

L'opération se propose la suppression du trajet et de la cavité fistuleuse. Et ce résultat ne peut être bien obtenu au point de vue de la récurrence que si les surfaces osseuses malades sont mises au net. L'intervention se propose donc d'être curatrice, en outre qu'elle prévient l'infection fétide des cavités béantes qui amène des accidents presque certains de septicémie. Ce qui peut arriver de pire à l'opéré, c'est de conserver une fistule, mais, outre que

l'articulation malade se trouve nettoyée par la première opération, la fistule peut encore céder à d'autres interventions réitérées.

2° ABCÈS NON OUVERT. — Le malade est à la phase d'abcès, mais cet abcès n'est pas encore ouvert. Ici encore, l'intervention radicale est la méthode de choix.

On ne peut plus espérer la guérison de cet abcès par les évacuations suivies d'injections d'éther iodoformé. Comme, d'autre part, le malade a les plus grandes tendances à passer un jour à l'état fistuleux, il est infiniment préférable d'opérer le plus tôt possible afin de prévenir les infections secondaires par la communication de la poche avec l'extérieur.

Tel est d'ailleurs, l'avis de la plupart des auteurs contemporains : Ollier, Barwell, Van Hook, Ridlon et Jones, Golding Bird, Pierre Delbet etc.

3° STADE D'EMPATEMENT OU DE TUMÉFACTION. — Le malade est seulement à la période d'empâtement, c'est-à-dire que la guérison est encore possible par un autre traitement bien institué, par le traitement orthopédique, par exemple, dont il a été question plus haut. Lente sera la guérison par ce moyen, mais si elle est possible, il faut aussi dire que, malgré l'emploi de ce procédé, la lésion peut tout aussi bien évoluer vers l'abcès.

L'intervention est donc, dans ces cas, discutable. Or, nous pensons, pour notre part, qu'elle serait exécutée ici dans les meilleures conditions. Outre qu'elle réaliserait la guérison dans un temps infiniment moindre que le traitement par des appareils plus ou moins compliqués,

puisqu'elle n'exigerait que quelques semaines au lieu de plusieurs mois, elle donnerait des résultats bien supérieurs à ceux obtenus jusqu'ici.

C'est probablement parce qu'ils ont été opérés tous à une période trop tardive que les malades ont, pour la plupart, conservé des fistules. Il est à présumer qu'il n'en aurait pas été ainsi si on avait pu intervenir plus tôt.

L'articulation sacro-iliaque, nous le répétons, étant d'un accès facile pour le chirurgien, il faut se comporter ici comme pour les autres tuberculoses articulaires de l'adulte avant la période des abcès. Or, pour ces derniers, les opinions actuelles se résument à deux : Les uns s'en tiennent aux procédés d'immobilisation ou n'interviennent qu'au dernier moment ; les autres, au contraire, comme MM. Ollier, Lannelongue, Jalaguier, Pierre Delbet etc., sont interventionnistes précoces. C'est vers cette pratique que nous sommes tenté de porter notre préférence ; et, pour l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque, nous recommanderions volontiers l'arthroxesis de M. Létievaut (1), l'arthrectomie partielle et précoce des autres chirurgiens.

Par arthrectomie partielle, il faut entendre le curettage, grattage des fongosités, l'enlèvement des parties malades, des séquestres à la rugine, à la gouge, au maillet, la trépanation sans règles tracées à l'avance, autre que celles d'enlever sinon tout, du moins le plus possible des parties dégénérées, mais rien que ces parties malades.

Même si on n'enlève pas tout le mal, on aura fait de la

(1) BERRY. Thèse de Bordeaux, 1889.

bonne besogne, car les lésions restantes peuvent rétrocéder puisqu'il ne s'agit pas ici de néoplasme.

D'ailleurs, si la récurrence survient, ces arthrectomies précoces peuvent être répétées à plusieurs reprises jusqu'à ce que la guérison s'ensuive, suivant la méthode de Delorme.

C'est, en somme, l'opinion de M. Tillaux (1) qui dit, relativement à la sacro-coxalgie, « il sera nécessaire d'ouvrir le foyer, de gratter, d'enlever les parties fongueuses, les portions d'os nécrosées etc., c'est-à-dire d'employer les méthodes que nous appliquons aujourd'hui à la cure des affections osseuses chroniques, surtout lorsque le siège du mal est facilement accessible ».

MANUEL OPÉRATOIRE.

« Quand on se décide à l'intervention sanglante, il ne faut pas croire qu'il suffira d'une incision et d'une légère rugination superficielle comme s'il s'agissait d'une ostéite superficielle de l'ilion ou du sacrum » : Pierre Delbet.

En effet, pour être rationnelle, l'opération doit se terminer dans tous les cas par une exploration intra-pelvienne, car il est très probable que l'on aura à trépaner la ceinture osseuse.

L'articulation est abordable par deux voies : la voie fessière ou postéro-externe, la voie lombaire ou postéro-supérieure.

(1) TILLAUX. *Chirurgie clinique*, loc. cit.

Van Hook préconise cette dernière lorsqu'il y a abcès intra-pelvien, ce qui est fréquent. Il attaque la jointure par une incision menée au-dessus de la symphyse et, au besoin, par la résection de l'épine iliaque postérieure et supérieure.

Comme, d'autre part, on n'est jamais sûr de l'étendue des lésions, ainsi que le déclare Tiling et Van Hook lui-même, comme la coexistence de lésions pré et rétro-articulaires est presque la règle, la voie fessière paraît de beaucoup préférable à la voie supérieure. En abordant ainsi l'articulation, on mettra à nu, chemin faisant, toutes les lésions postérieures que l'examen clinique n'y a pu déceler. C'est donc de celle-ci que nous nous occuperons.

L'incision convenable varie suivant deux circonstances : 1° Il y a *trajet fistuleux* et 2° il n'y a *pas de trajet fistuleux*.

1° *Il y a trajet fistuleux*. — On peut profiter de ce conduit pour gagner les parties dénudées. En même temps, on le grattera, cautérisera, curettera avant d'aller plus loin. Cependant, on peut ne pas d'abord se préoccuper de ces canaux et aller directement à l'articulation, quitte à revenir aux fistules à la fin de l'opération pour les nettoyer.

2° *Il n'y a pas de trajet fistuleux*. — Dans ce cas, il est certain qu'une simple incision verticale parallèle et sus-jacente à l'interligne articulaire, si longue soit-elle, est insuffisante pour exécuter les manœuvres profondes sur le squelette. Aussi tous les opérateurs sans exception durent-ils employer les incisions combinées.

Van Hook donne une incision de choix : le malade étant couché sur le côté sain, avec les cuisses en flexion forcée sur le bassin, on fera proéminer le plus possible la partie où doit porter l'opération. Puis, suivant ce chirurgien, on fera une incision droite, de 5 à 8 centimètres (2 à 3 pouces) de long, qui découvrira l'épine iliaque postéro-supérieure et sera menée parallèlement à la crête sacrée.

Cette ouverture, qui paraît avoir été suffisante dans le cas de Périer, fut jugée trop minime dans la plupart des autres cas.

M. Ollier fit une incision en T à branches obliques, l'une suivant le contour de la crête iliaque, l'autre suivant la direction des fibres du grand fessier.

Celle de M. Delorme est absolument contraire à la précédente : c'est un T renversé () représenté par une première incision horizontale coupant la région fessière en travers au niveau du grand trochanter, suivie d'une section verticale de 8 centimètres qu'on dirige vers la crête iliaque.

M. Pierre Delbet fait également une grande ouverture et n'a pas de règle fixe quant à la direction de l'incision. Il se guide surtout sur le grand diamètre de l'abcès.

Quoi qu'il en soit, il faut un jour très grand et M. Delorme fit remarquer l'énorme dimension de toutes ces opérations, ce qui n'empêcha pas une fermeture rapide de cette vaste brèche. Golding Bird se contente, comme nous l'avons vu, de l'application d'une mèche de trépan à la base de l'épine iliaque postéro-inférieure, mais c'est tout à fait au début et il s'agit surtout là d'une exploration.

Les téguments ouverts, on arrive souvent sur un premier abcès superficiel dont on supprimera la paroi si possible, après l'avoir évacué de son contenu. M. Pierre Delbet dut plusieurs fois faire cette dissection au travers des fibres musculaires du grand fessier et de son aponévrose d'insertion.

C'est alors qu'il faut aller à la découverte des foyers profonds. Pour cela on cherchera attentivement. « M. Delorme découvrit un petit canal admettant à peine une sonde cannelée », sorte de trépanation spontanée qui s'enfonçait dans le diploé par une cavité de grandeur d'un pois, remplie de fongosités.

M. Pierre Delbet découvre une petite fongosité, du volume d'une lentille à peine, au fond de la plaie, dans sa partie inférieure et externe : il reconnaît à la section qu'il s'agit d'un trajet fistuleux et la sonde introduite dans ce trajet pénètre à 3 ou 4 centimètres de profondeur dans l'épaisseur de l'os.

Il faut donc bien connaître cette disposition sur laquelle nous avons insisté à l'anatomie pathologique et qui paraît être très fréquente.

D'autrefois, au contraire, la communication semble se faire assez aisément au niveau de l'échancrure sciatique le plus souvent entre les deux foyers, comme dans le cas de Périer. En suivant ce trajet, on est conduit bientôt sur l'os, tantôt sur l'ilion (cas d'Ollier, de Tertillon, de Delorme), tantôt vers le sacrum (cas de Delbet), ou encore vers les deux os.

Il n'est généralement pas besoin de dépérioster ces surfaces à la rugine suivant la technique de Van Hook. La

dénudation apparaît manifeste . On commence tout de suite à attaquer tout ce qui est malade. Pour cela, pas de règle : la rugine, le ciseau, la gouge, tout est bon, pourvu qu'on pénètre bien dans les diverticules anfractueux et multiples. D'ordinaire, on rencontrera des séquestres de tous volumes qui, bien entendu, seront extirpés.

Lorsque tout paraîtra suffisamment détergé sur la face postérieure, on n'a encore accompli qu'une partie de la besogne, et l'opération serait presque toujours insuffisante si l'on s'en tenait là. C'est pourquoi, avec M. Pierre Delbet, nous proposerons dans tous les cas de prolonger l'intervention par une exploration à la région antérieure de l'articulation.

Alors même qu'on n'est pas mené par le simple curetage des fongosités jusque dans le bassin, nous conseillons de prolonger cette trépanation incomplète jusqu'au bout, c'est-à-dire traversant toute l'épaisseur de la ceinture pelvienne. C'est un point sur lequel insiste aussi Beale qui considère comme essentiel l'examen de la face antérieure du sacrum : là, en effet, se trouve souvent, dit-il, le point de départ de la maladie.

M. Ollier a, le plus souvent, fait cette trépanation sur le seul os iliaque et, par l'ouverture ainsi pratiquée, il introduisait le doigt, contournant pour ainsi dire l'articulation sacro-iliaque de dehors en dedans pour en examiner la région antérieure.

La zone d'évidement de M. Pierre Delbet porte à la fois sur le sacrum et l'os iliaque : (Voir la partie rayée des

figures ci-contre). Les premiers opérateurs qui se sont servi du trépan l'ont vite abandonné pour le ciseau et

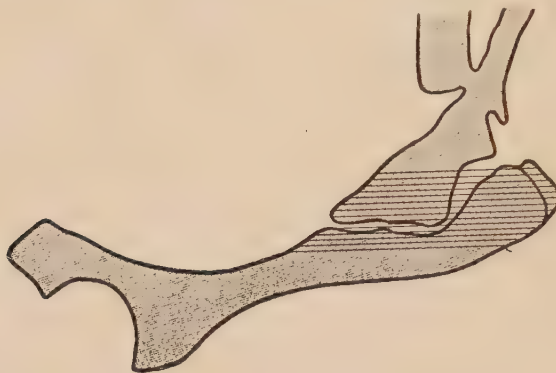


Fig. 1.

le maillet, et nous croyons qu'ils ont bien fait quoique en Angleterre on se serve encore quelquefois du premier instrument.

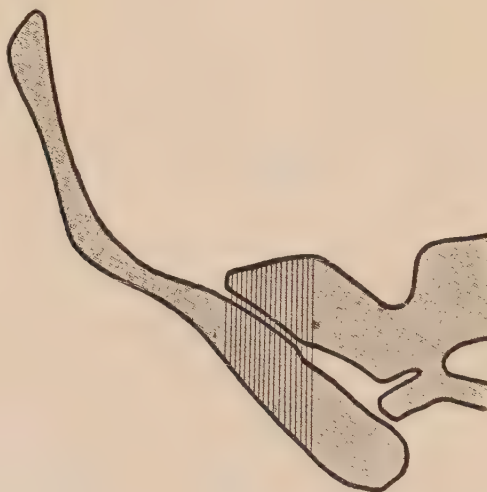


Fig. 2.

Comme cet évidement ne porte que sur une certaine hauteur de l'articulation sacro-iliaque, il ne peut nuire en rien à la solidité ultérieure des parois du bassin.

Par l'orifice créé, on explorera avec la plus grande facilité, si l'ouverture a un diamètre suffisant, les régions pré-articulaires. Sont-elles malades ? C'est encore ce même orifice qui servira à en faire le grattage et le nettoyage de toutes les fongosités. On devra, pour cela, donner à l'évidement des dimensions nécessaires à ces manœuvres intra-pelviennes.

Souvent on découvre encore des séquestres sur la face antérieure du sacrum ; Beale, Rose en ont découvert à cet endroit.

Certains auteurs, comme F. D. Bird, recommandent de prendre grand soin de ne pas blesser les vaisseaux hypogastriques. De même, si l'on a affaire à une sacro-coxalgie partielle, à siège très inférieur, on se préoccupera des vaisseaux fessiers.

A notre connaissance, aucun opérateur n'a eu affaire avec ces complications.

Dans les cas où tous les tissus sont pris sur une extrême étendue, ce qui peut arriver facilement, car Van Hook a raison de dire que l'on ne sait jamais d'avance quelle sera l'étendue des lésions ; dans ces cas, faut-il s'arrêter à une opération incomplète, ou au contraire aller jusqu'au bout comme l'a fait Tiling ? C'est affaire d'appréciation personnelle.

On saura cependant que la crainte de destructions

étendues et d'un retour fonctionnel insuffisant n'est pas justifiée. Même dans les cas de Tiling, il n'y avait pas encore de luxation : les deux surfaces articulaires conservaient encore contact grâce aux ligaments ilio-lombaires.

Il n'est pas prouvé du tout qu'un malade ainsi réséqué totalement serait condamné, par suite, à une impotence fonctionnelle de son membre inférieur. L'excavation pelvienne, dit Van Hook, se trouvera diminuée dans ses dimensions, et ce sera tout.

En réalité, la gravité vient surtout dans ces énormes délabrements des infections secondaires de l'énorme cavité ; et, comme il y a presque toujours abcès concomitant, l'infection se fait soit par cet abcès s'il contient, en plus des bacilles tuberculeux ou pseudo-tuberculeux, des microbes pyogènes ordinaires, soit par le contact digital ou instrumental avec les trajets fistuleux fatalement infectés lorsqu'ils communiquent avec l'extérieur.

En cas de fusée purulente vers le psoas, il est inutile de pratiquer une incision supplémentaire dans la région iliaque pour en provoquer l'évacuation. Elle se fera, dans les meilleures conditions, par le tunnel osseux qu'on a pratiqué en arrière dans le point déclive.

Le drainage intra-pelvien sera donc établi dans le plus grand nombre de cas pour permettre, sinon au pus quand il manque, mais aux débris de fongosités qu'on a dû gratter, de s'éliminer.

Il est bon aussi de toucher au chlorure de zinc toutes les parois de l'excavation. Le drainage sera assuré, soit

par un ou plusieurs gros drains, soit par une mèche de gaze iodoformée.

Des sutures superficielles et profondes seront faites afin de diminuer, mais non de supprimer totalement le vaste foyer opératoire.

Van Hook recommande comme traitement post-opératoire l'immobilisation dans l'appareil plâtré, et tout le traitement orthopédique suivant la méthode de Sayre complété, plus tard, par le port d'une ceinture. M. Pierre Delbet n'a employé aucune espèce de ces appareils et cette conduite a paru bien suffisante puisque les résultats ont été excellents.

RÉSULTATS.

Les résultats immédiats ont été marqués un certain nombre de fois par des poussées érysipélateuses, lymphangitiques ou autres avec fièvre élevée, etc. Nous n'avons jamais assisté à rien de semblable.

Ces complications appartiennent à toutes les opérations et remontent à 10 ans et plus, c'est-à-dire à une époque où on ne pratiquait pas encore l'antisepsie telle qu'on la fait aujourd'hui.

D'autre part, les trajets fistuleux cutanés n'ont pas dû être étrangers à ces infections. Ces trajets réclament donc un traitement tout particulier : ils constituent pour l'opération une circonstance fâcheuse. Aussi avons-nous insisté sur le grand avantage qu'il y a à ne pas attendre la phase de fistulisation pour intervenir.

Nous ne relevons dans notre tableau que 2 morts post-opératoires qui semblent dues à l'opération elle-même : ce sont celles de G. Bird et Tiling.

Un certain nombre d'autres malades ont succombé quelques mois après, mais l'opération est, pour ceux-là, tout à fait étrangère à cette issue fatale, parce qu'il s'agissait de phtisiques confirmés chez qui la phtisie a continué son cours naturel.

Le point faible de l'*arthectomie partielle*, est ici la persistance d'un certain nombre de fistules. Près d'une douzaine des malades conservèrent une fistule. Ce résultat sera, à notre avis, évité d'autant plus facilement qu'on interviendra plus tôt.

CONCLUSIONS

I. — Le terme de *sacro-coxalgie* ne doit comprendre que la seule *arthrite tuberculeuse de l'articulation sacro-iliaque*.

Les autres arthropathies de cette jointure, l'arthrite syphilitique, blennorrhagique, puerpérale, rhumatismale etc., doivent être rejetées hors de l'étude de la sacro-coxalgie vraie dont ils diffèrent par leur nature, leurs lésions, leur moindre gravité et le traitement distinct qui leur convient.

II. — L'arthrite tuberculeuse sacro-coxale suppose, dans sa genèse, la réalisation de trois facteurs. La présence du bacille de la tuberculose est la cause fondamentale ; l'activité formatrice des épiphyses marginales sacrées et iliaques, d'une part, les traumatismes d'autre part, sont les deux conditions secondaires dont le rôle paraît indiscutable. C'est autour de ces deux seules dernières que gravitent toutes les notions étiologiques. Ainsi s'expliquent parfaitement toutes les influences causales comme l'âge, la marche, les fatigues etc.

III. — Dans ses lésions, l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque est *typique* ou *atypique*.

Typique. — Les désordres sont ceux de toutes les ostéo-arthrites tuberculeuses. A signaler cependant ici : 1° la résistance toute particulière de l'appareil ligamenteux qui n'est presque jamais complètement détruit, même dans

les cas les plus avancés ; 2° la disposition excentrique que prennent les fongosités par suite de l'obstacle qu'elles rencontrent à pénétrer dans l'interligne articulaire extrêmement serré. Il en résulte que les fongosités sont surtout périarticulaires au point de vue de leur développement ; que les cas de luxations ou sub-luxations spontanées n'existent pas dans cette arthrite. De notre enquête, en effet, nous n'avons pu relever aucun cas probant de disjonction sacro-coxale ; même dans les cas où les désordres étaient les plus étendus, les surfaces articulaires étaient encore en contact. Chez le soldat de Delorme, on constata bien, à l'opération, que l'articulation était ouverte, mais aucun signe extérieur n'avait préalablement révélé cet état.

Atypique. — La sacro-coxalgie est *partielle* et localisée à une certaine étendue de l'articulation. Un travail très marqué d'hyperostose périphérique, tendant à l'ankylose, accompagne généralement ces *formes partielles* qui paraissent très fréquentes.

IV. — Cliniquement, l'ostéo-arthrite sacro-coxale est également *typique* ou *atypique*.

Typique. — Ici, tous les symptômes sont au grand complet : douleur, contracture, claudication, scoliose, raccourcissement apparent des membres inférieurs, des membres inférieurs, puis, tuméfaction, abcès etc.

Atypique. — Dans la forme atypique, les symptômes manquent pour la plupart. Ils se résument, en somme, à deux principaux : *sciastique*, suivie à longue échéance de l'apparition d'un *abcès* dont l'expansion est souvent transversale. La sciastique est prémonitoire et apparaît bien

avant l'éclosion des désordres locaux ; elle semble due au siège des noyaux tuberculeux du début dans le sacrum, siège qui peut être en rapport avec les filets d'origine sacrée du nerf grand sciatique ; il s'agit aussi quelquefois d'une névralgie radiculaire des nerfs lombo-sacrés. Au point de vue clinique, dirons-nous avec M. Pierre Delbet, la sacro-coxalgie partielle ou atypique mérite le nom de *sacro-coxalgie fruste*.

Ajoutons que ces formes frustes sont des plus fréquentes puisque toutes les sacro-coxalgies que nous avons vues de concert avec M. Delbet rentrent dans cette catégorie.

V. — Le diagnostic est à peine faisable à la première période tant qu'il n'existe que des douleurs.

A la deuxième phase ou de tuméfaction, il est plus facile, mais quelquefois les erreurs sont encore presque inevitables. C'est ainsi que, dans un cas des plus typiques, M. Delorme intervint et ne trouva aucune trace de sacro-coxalgie, mais une simple coxalgie. D'autre part, de l'avis de beaucoup de chirurgiens, on ne peut jamais prévoir quelle sera l'étendue des lésions.

C'est surtout avec la coxalgie et le mal de Pott lombaire que le diagnostic est difficile à établir. Il arrive quelquefois que la sacro-coxalgie coexiste avec l'une ou l'autre de ces arthrites tuberculeuses.

VI. — Le traitement est *non sanglant* ou *sanglant*.

Le traitement non sanglant. Il consiste en immobilisation dans le décubitus dorsal, ou immobilisation dans la station debout suivant la méthode de Sayre, en révulsion, en évacuation des abcès suivis d'injections modificatrices.

Ce traitement peut convenir à la variété sèche des sacro-coxalgies de Sayré et de Van Hook ; mais nous avons dit notre préférence, dans ces cas, pour la méthode d'immobilisation employée dans les hôpitaux français, savoir : la gouttière de Bonnet ou l'appareil plâtré qui nous paraissent beaucoup plus simples. Si on veut faire prendre l'air au malade, rien n'empêche qu'il garde sa ceinture de plâtre et sorte avec des béquilles.

L'extension nous paraît ici inutile.

Quant à la révulsion, nous n'admettons à la rigueur que les pointes de feu superficielles et bannissons la thérapeutique barbare par des cautérisations profondes ou les vésicatoires.

Le traitement ci-dessus est insuffisant pour les formes humides des auteurs dont il vient d'être question. Dans les cas d'abcès fessiers en particulier, les injections d'éther iodoformé sont d'autant plus inefficaces qu'elles ne pénètrent que dans la poche superficielle des abcès, le plus souvent en bissac.

VII. — *Le traitement sanglant* consiste en un curettage, grattage, enlèvement des séquestres, nettoyage aussi complet que possible, en un mot, des parties malades. C'est une arthrectomie partielle.

Non seulement les fongosités doivent être poursuivies jusque dans l'intérieur des os malades, mais de propos délibéré, on est autorisé, à l'exemple d'un certain nombre d'opérateurs (Ollier, Delorme, Van Hook, Pierre Delbet, etc.) à pénétrer jusque dans l'intérieur du bassin par une trépanation qui permettra l'exploration des régions pré-articulaires. Lorsqu'elles sont également fongueuses,

ce qui est presque la règle, on continuera de ce côté le travail de curettage et de grattage. S'il existe un abcès à évolution antérieure, ce même évidemment servira ensuite pour le drainage intra-pelvien de cette collection.

VIII. — Cette opération radicale est contre-indiquée dans les formes légères ou sèches de Sayre et de Van Hook, parce qu'on ne peut savoir exactement si, à ce moment, c'est-à-dire alors qu'il n'existe que de petits troubles fonctionnels, il y a lésion tuberculeuse. C'est pour cette raison que nous ne croyons pas encore pouvoir suivre la voie tracée par Golding Bird qui, se basant surtout sur la localisation de la douleur à la base de l'épine iliaque postéro-inférieure, trépane l'os coxal pour explorer l'articulation.

Elle est contre-indiquée aussi chez les individus à localisations tuberculeuses viscérales avancées ou chez les cachectiques.

IX. — Par contre, l'opération est tout à fait de mise à la phase fistuleuse ou pré-fistuleuse ou des abcès.

La plupart des chirurgiens — M. Pierre Delbet entr'autres — pensent qu'on doit aller plus loin et opérer dès l'apparition de l'empâtement ou de la tuméfaction, c'est-à-dire beaucoup plus tôt qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Par cette pratique que nous préconisons, on retirerait certainement de l'intervention des résultats bien supérieurs à ceux qu'elle a donnés jusqu'ici. On éviterait probablement de la sorte les fistules post-opératoires.

X. — Le nombre d'opérations pratiquées, dans cette région que nous avons pu recueillir s'élève à 38 (nous avons motivé ailleurs l'élimination de deux cas que nous

intercalons parmi les autres observations). La mortalité opératoire paraît insignifiante. Les suites funestes tardives sont dues à ce que la phtisie concomitante a continué son évolution et ne paraissent pas avoir de rapport avec l'acte opératoire.

La majorité des malades a tiré grand avantage de ce traitement qui compte de très beaux succès (Sayre, Delorme, Gant, Van Hook, Pierre Delbet, etc.), quoique, dans bien des cas, il y ait eu persistance d'une petite fistule. Cette complication, nous le disons encore, eut été très vraisemblablement évitée si les malades avaient été opérés beaucoup plus tôt.

OBSERVATIONS

Réflexions générales. — Nous avons songé à insérer dans cette thèse, sous forme de tableaux, tous les cas de sacro-coxalgie exclusivement tuberculeuse relatés depuis Boyer, mais, réflexion faite, il nous a paru suffisant de ne rapporter que ceux qui ont été opérés : d'abord, parce que la plupart de ces derniers sont, ou bien des formes frustes et rentrent plus particulièrement dans le cadre de notre sujet, ou bien des formes classiques, et, dans ce cas, les symptômes y sont suffisamment détaillés pour qu'on puisse se faire une idée de leur succession ; ensuite, parce que ceux que la question intéresserait pourront toujours remonter aux sources, à l'aide des indications bibliographiques précises que nous donnons, et consulter les publications qui précèdent la nôtre.

Les observations qui suivent ont trait à des interventions pratiquées au niveau de la cavité articulaire, ou dans son voisinage immédiat. Nous sommes, en effet, d'avis que, dans ce dernier cas, si l'apparition de l'abcès n'avait pas invité le chirurgien à enlever le foyer juxta-articulaire malade, l'articulation aurait très probablement été envahie secondairement.

Afin de rester conforme au titre de notre travail, nous vous substitué, partout où cela nous a semblé nécessaire,

le terme d'*arthrite tuberculeuse sacro-iliaque* aux autres dénominations employées.

Nos observations personnelles et inédites sont au nombre de 5 ; elles sont toutes des *formes frustes*, de même que les trois déjà publiées par notre maître, M. Pierre Delbet.

Quant aux autres, on remarquera que le chiffre est restreint de ceux dont la symptomatologie est en rapport avec la description classique, ce qui nous permet d'insister encore une fois sur la *fréquence des formes anormales*, et la rareté relative de la sacro-coxalgie telle qu'on la trouve partout décrite jusqu'ici.

Les tableaux par lesquels nous terminons ce travail indiquent le résultat de l'acte chirurgical et, si on en retranche l'observation de Tiling et celle de Delorme qui ont trait à des infections aiguës, on trouve : 16 guérisons complètes sans fistule ; 12 guérisons avec persistance de fistule ; 4 améliorations notables ; un douteux et 5 morts : 3 de ces dernières ne sont survenues que longtemps après l'opération et sont dues à la généralisation de la bacillose.

OBSERVATION I (trad. pers. résum.) (1853). —

SAYRE, in VAN HOOK, *loc. cit.*

Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque avec abcès à la région lombaire. — Collection ponctionnée deux fois sans succès. — Incision des téguments au niveau de la tuméfaction. — Mise à nu de l'articulation. — Gratage des surfaces articulaires. — Guérison.

Jeune garçon de 2 ans 1/2.

Affection actuelle. — Apparition d'un abcès à la région lombaire quel-

que temps après une chute. Cet abcès est ouvert, à deux reprises différentes, par une incision valvulaire, sans résultat.

Des phénomènes hectiques apparaissent, et l'enfant est envoyé à la campagne.

Il va de mal en pis, s'émacie, est envahi par la fièvre, et perd bientôt tout appétit.

Avec le consentement du père, Sayre se résout à pratiquer une opération.

Opération. — Incision de 8 à 10 centimètres suivant le trajet inter-articulaire de la sacro-iliaque. Une grande quantité de pus est évacuée, ainsi que des débris de tissu conjonctif. L'articulation est ouverte et dépouillée de sa couche cartilagineuse. Bientôt on perçoit la rugosité particulière à l'os sur les deux surfaces articulaires. N'ayant pas, à ce moment, d'autre instrument, Sayre gratte toute la partie malade des os avec un couteau à émonder les arbres.

La plaie est ensuite bourrée d'étoupe imbibée de baume du Pérou.

Suites immédiates. — La nuit qui suivit l'acte opératoire, l'enfant dormit bien et, le lendemain, il mangea d'excellent appétit, pour la première fois depuis bien des semaines.

Pansement quotidien comme ci-dessus.

Suites éloignées. — La plaie se cicatrise progressivement et la guérison est parfaite au bout de trois mois.

RÉFLEXIONS. — C'est, nous l'avons vu, la première fois avant la période antiseptique, qu'un chirurgien osa aller gratter l'articulation sacro-iliaque après l'ouverture d'un abcès situé dans la région. Cette tentative, malgré l'instrument rudimentaire et certainement peu propre employé, fut couronnée d'un plein succès : il y eut *guérison rapide* et complète. Il est vrai qu'il s'agissait d'un tout jeune enfant et on sait que, chez ces derniers, l'ouverture d'une articulation, ou la trépanation d'un os, est bien plus rarement suivie de la persistance d'une fistule que chez l'adulte.

OBSERVATION II (traduction personnelle, résumée) (1863). —

SAYRE, in VAN HOOK, *loc. cit.*

Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque droite, avec abcès énorme siégeant à la partie postérieure de la crête iliaque. — Ouverture de l'abcès au niveau de l'articulation, enlèvement de la portion d'os nécrosé du sacrum et de l'ilion. — Guérison.

Homme, 23 ans. Westfield, Massachussets.

Affection actuelle. — Examen. — Chute de cheval il y a quatre ans : se plaint d'être incommodé depuis ce temps-là.

Traité pour une coxalgie pendant les deux années précédentes :

Rien à la coxo-fémorale. Membre inférieur droit 12 à 14 millimètres plus long que le gauche et dû à un abaissement de l'ilion. Lordose.

Abcès énorme, siégeant à la partie postérieure de la crête de l'ilion.

Diagnostic. — Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque droite avec abcès.

Opération. — L'abcès, ouvert au-dessus de l'articulation, laisse échapper une grande quantité de pus et révèle la carie du sacrum et de l'ilion. La partie des os nécrosés est enlevée à la gouge, et la plaie pansée à l'étaupe et au baume du Pérou.

Suites. — Application, après l'opération, de l'extension au lit. Plus tard, chaussure à talon élevé du côté sain, et béquilles pendant le jour.

Guérison parfaite au bout de 14 mois.

RÉFLEXIONS. — Quoique, malgré la présence d'un gros abcès postérieur, les lésions fussent assez avancées, il est fait ici allusion à une lordose, coïncidant avec un abaissement de l'os iliaque et un allongement du membre inférieur droit de 12 à 14 millimètres. Nous avons dit les raisons pour lesquelles nous ne croyons pas devoir admettre un allongement réel et nous n'y revenons pas.

Quoi qu'il en soit, l'intervention, chez cet homme de 23 ans, fut suivie d'une *guérison parfaite*, mais au bout de 14 mois seulement.

OBSERVATION III (traduction personnelle) (1880). — GOLDING BIRD, *loc. cit.*

Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque avec fistules. — Trépanation et nettoyage de l'articulation à deux reprises différentes, à un an d'intervalle. — Guérison avec, toutefois, persistance de fistule.

Jeune garçon.

Diagnostic. — Arthropathie sacro-iliaque très avancée avec fistules.

1^{re} opération. — Trépanation de l'os coxal au niveau de l'articulation ; enlèvement des séquestres. Le malade est soulagé pour quelque temps.

2^e opération. — Un an plus tard, les symptômes précédents reparaissant, l'articulation est ouverte de la même façon et nettoyée.

Suites. — Sortie en temps normal, en *bonne santé*, mais avec une fistule.

Suites éloignées. — Longtemps après la sortie du malade on apprend qu'il continue à vaquer très bien à ses occupations.

OBSERVATIONS IV et V (traduction personnelle) (1880 et 1882). —

GOLDING BIRD, *loc. cit.*

Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque très avancée chez deux malades avec fistules. — Ouverture et grattage des fistules et enlèvement de séquestres au niveau de l'articulation. — Une guérison avec fistule, et une mort.

Hommes 27 ans et 26 ans.

Diagnostic. — Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque très avancée ; les jointures sont désorganisées.

Opération. — L'articulation est atteinte, dans les deux cas, en suivant de bas en haut des fistules et, dans chacun d'eux, des séquestres sont enlevés.

Suites. — Un des malades sortit dans le temps normal *guéri*, mais avec une fistule ; l'autre mourut de septicémie.

RÉFLEXIONS. — Ces deux observations, de même que la précédente, n'ont été publiées qu'en 1895.

Chez l'enfant, l'articulation fut atteinte par la trépana-

tion de l'os coxal, en dehors, au niveau de la partie correspondant aux surfaces articulaires ; chez les adultes, au contraire, le chirurgien suivit les trajets fistuleux pour arriver aux parties nécrosées.

L'enfant et l'homme qui guérit conservèrent une fistule, sans doute parce que l'opération fut faite alors que la maladie était déjà très avancée.

OBSERVATION VI (résumée) (1882). — OLLIER in GOULLLOUD,
thèse de Lyon, 1883.

Ostéite tuberculeuse de l'ilium droit. — Fongosités purulentes dans l'épaisseur du psoas. — Trépanation juxta-articulaire. — Nettoyage. — Amélioration (fistule).

Femme, 39 ans, entre à l'hôpital le 26 octobre 1882.

Antécédents personnels. — Chloro-anémie à 19 ans. Fièvre typhoïde à 29 ans.

Affection actuelle. — Début, il y a 10 mois, par de violentes coliques, revenant par accès de plusieurs heures de durée, et siégeant à la partie droite de l'abdomen et à la région lombaire. Apparition de tuméfaction du volume du poing dans le flanc droit qui disparut d'elle-même.

Cinq mois plus tard, chute sur le siège ; recrudescence : douleurs lombaires ; tuméfaction englobant tout l'ilium droit.

Puis, 2 fistules, dont une vers l'épine iliaque postéro-supérieure, l'autre vers le milieu de la crête.

Examen à l'entrée. — Douleur ; empâtement de toute la région correspondante de la crête, et allant de la 12^e côte à l'arcade crurale, et, en arrière, jusqu'à la symphyse sacro-iliaque.

Pas de points particulièrement douloureux.

Le stylet ne rencontre que des fongosités, sans point osseux dénudé.

Opération. — Incision en T, à branches obliques, l'une suivant le contour de la crête iliaque, l'autre suivant la direction des fibres du grand fessier. Mise à nu de l'os iliaque. On voit qu'un trajet fistuleux

contourne la crête iliaque, se dirigeant en dedans pour gagner la fosse iliaque interne.

Le périoste est détaché, l'os iliaque est trépané à peu près à 2 centimètres de la crête. On trouve des fongosités purulentes dans l'épaisseur du psoas iliaque ; on en enlève une grande partie ; puis, on fait sauter avec la gouge la portion de la crête située au-dessus du point trépané.

Drainage, pansement antiseptique.

Suites immédiates. — Pendant trois jours, état général mauvais ; température 40°, puis le calme se rétablit.

Suites éloignées. — 8 mois après quitte l'hôpital *fort améliorée*, mais conservant une fistule par laquelle s'écoulait une petite quantité de pus.

RÉFLEXIONS. — Il s'agit ici d'une ostéite tuberculeuse juxta-sacro-iliaque.

Se reporter pour les remarques aux *réflexions générales*.

OBSERVATION VII (résumée) (1882). — OLLIER in GOULLAUD,
thèse de Lyon, 1883

Ostéite juxta-épiphysaire de l'épine iliaque postéro-supérieure, probablement tuberculeuse. — *Trépanation.* — *Pénétration jusque dans le bassin.* — *Evacuation de pus.* — *Drainage.* — *Guérison.*

Jeune garçon, 12 ans.

Affection actuelle. — Chute suivie de douleurs.

Six mois après, douleurs intermittentes dans le genou. Lorsque fatigué, traîne la jambe. Hanche intacte.

Un an plus tard, l'exploration fait découvrir un point douloureux sur l'os iliaque gauche, près de l'articulation sacro-iliaque.

La douleur se généralise à toute la moitié gauche de la partie inférieure du corps.

M. Ollier constate, après chloroformisation, du pus dans le bassin et l'opération est jugée nécessaire.

Opération. — 14 mois après le début.

Incision à la partie postérieure et supérieure de la fosse iliaque ex-

terne. On fait, avec la gouge, dans la zone juxta-épiphysaire une large ouverture permettant au doigt de pénétrer dans le bassin ; il y a là du pus en abondance.

On place deux drains, et on fait le pansement de Lister.

Suites immédiates. — Fièvre intense : pendant 2 jours 40° ; puis, amélioration.

Suites éloignées. — 10 mois après, la plaie est cicatrisée ; douleurs nulles même à la pression.

Douleur légère seulement dans jambe gauche, et à la suite de certaines positions, notamment dans position assise.

Six mois plus tard, *guérison complète* qui s'est maintenue.

RÉFLEXIONS. — Se reporter aux *réflexions générales* au sujet des ostéites juxta-articulaires.

OBSERVATION VIII (résumée) (1882). — TRÉLAT, in GUILLOUD,
Thèse de Lyon, 1883.

Arthrite suppurée sacro-iliaque gauche, avec abcès fessier volumineux.—

Incision de l'abcès.— *Trépanation.*— *Ablation de plusieurs fragments osseux.* — *Amélioration.*

Femme, 29 ans.

Affection actuelle. — Douleur vive dans la fesse gauche, un an auparavant, six jours après un accouchement normal. Fièvre ; douleur forte à la partie supérieure de la cuisse gauche, dans la hanche et tout le membre inférieur gauche.

Examen et opération. — *Abcès fessier volumineux*, semblant provenir de l'*articulation sacro-iliaque* ou des os voisins. Ouverture et drainage. Soulagement immédiat, chute de la température.

La fièvre reparait irrégulièrement le mois suivant.

Par l'incision de l'abcès demeurée *fistuleuse*, on sent l'os iliaque dénudé au niveau de la grande échancrure sciatique sur les deux faces. Par la pression, on fait sourdre une notable quantité de pus. Phénomènes généraux intenses.

2° *Opération.* — *Trépanation.* Ablation de plusieurs fragments

osseux ; l'un d'eux mesure 2 cm. 1/2 ; les autres sont moins volumineux.

Suites. — *État satisfaisant.*

RÉFLEXIONS. — Les antécédents et l'examen général de la malade sont muets quant à l'origine tuberculeuse ; si on admet que tel était le cas cependant, les phénomènes fébriles, constatés au moment de l'opération, seraient dus à une invasion microbienne de provenance étrangère, ou bien à une intoxication générale ayant sa source dans le foyer purulent. Quoi qu'il en soit, si nous utilisons cette observation, c'est surtout parce que c'est une des premières relatées en France où l'on fit une trépanation du bassin, au niveau de la symphyse sacro-iliaque, pour aller à la recherche de séquestres ou d'un autre foyer générateur de pus.

L'opération fut suivie d'amélioration.

OBSERVATION IX (publiée en 1882). — BOECKEL, *loc. cit.*

Carie du sacrum. — *Paralysie des jambes et de la vessie.* — *Résection et évidemment avec gouge et maillet.* — *Pansement antiseptique.* — *Guérison.*

L. R..., 24 ans.

Diagnostic. — Souffre d'une carie du sacrum qui cause une paralysie des jambes et de la vessie.

Opération. — En septembre 1875, résection et évidemment de toute la partie osseuse malade avec la gouge et le maillet.

La plaie est lavée et pansée antiseptiquement.

Suites. — Le malade peut marcher avec l'aide de cannes au bout de 6 mois et, après 16 mois, la guérison est complète.

RÉFLEXIONS. — C'est un cas d'ostéite sacrée juxta-sa-

cro-iliaque peut-être tuberculeuse. Cette observation n'a pas été publiée en détail (du moins nos recherches, dans ce sens, n'ont pas abouti); nous l'avons trouvée, résumée, au milieu de beaucoup d'autres ayant trait à d'autres régions, et sous forme de tableau, dans le volume que nous indiquons. La paralysie qui a cédé à l'intervention provenait, soit de la compression par une agglomération de fongosités, soit d'une névrite momentanée.

OBSERVATION X (traduite de l'allemand) (1882). — TILING, *loc. cit.*

Ostéomyélite à plusieurs foyers dont l'un, au poignet, fut incisé et suivi de cicatrisation; l'autre localisé à la partie supérieure de l'échancrure sciatique et de la tubérosité iliaque avec extension au sacrum, à la cavité articulaire et jusque dans le bassin. — Incision des téguments à ce niveau. — Constataction d'une fistule menant dans la cavité pelvienne jusqu'au psoas. — Abrasion de la tubérosité iliaque du bord du sacrum. — Résection, enfin, de toutes les parties malades. — Nettoyage, drainage intra-pelvien. — Mort.

L. S..., jeune homme de 15 ans, entre à l'hôpital Alexandre, en août 1882.

Depuis 4 jours, il est fort malade et souffre de douleurs dans la région fessière droite.

Examen à l'entrée. — Cette région est très douloureuse à l'examen et sensible à la pression, principalement la partie qui avoisine le bord supérieur de la grande échancrure sciatique; cependant, la tubérosité iliaque est prise également. Il paraît y avoir de la fluctuation profonde. Il y a 40° de température.

La hanche est intacte; pas de contracture. Ganglions dans la région inguinale.

Au 2^e et 3^e jour, les deux poignets deviennent sensibles: le gauche se tuméfie, puis il devient fluctuant et la douleur augmente: on incise le 23 août.

Secondairement se développe un abcès musculaire assez volumineux duquel ne partait aucun trajet allant vers la profondeur (?).

La fièvre tomba, mais seulement momentanément.

Le 29 août, diarrhée ; le 31 août, du pus s'écoule abondamment, qu'on fait sourdre par la pression sur l'abdomen.

Il ne reste, à ce moment, plus trace de l'abcès du membre supérieur.

Les jours suivants, un gros abcès se forme sur le côté du sacrum, qui occasionne de grandes douleurs, et évolue comme celui de l'avant-bras.

Opération, le 9 septembre. — Incision de l'abcès qui paraît être seulement musculaire ; mais on reconnaît ensuite qu'un trajet fistuleux, situé sur la crête iliaque, près du sacrum, mène dans le bassin, dans une cavité purulente énorme, occupant la région du muscle sous-iliaque ; de celle-ci encore, partait un trajet qui conduisait sur la face supérieure de l'os iliaque.

La tubérosité de l'os iliaque était tout à fait ramollie ; elle était recouverte d'un abcès dont le contenu égalait celui d'une cuillère.

Le bord du sacrum fut en grande partie abattu au couteau, et l'on put introduire des drains dans la cavité pelvienne.

Suites. — Après cette intervention, la température tomba à la normale et s'y maintint, mais cependant avec une légère élévation. La sécrétion persista, abondante : la plaie avait bon aspect, la diarrhée diminuait ; cependant le malade succomba le 20 septembre 1882.

Autopsie. — L'autopsie démontre la carie de la plus grande partie de l'os iliaque, ainsi que l'existence de séquestres à plusieurs faces. La tubérosité de l'os iliaque manque presque complètement, enlevée qu'elle avait été par l'évidement, ainsi que la surface auriculaire du sacrum : toute la symphyse elle-même était malade.

RÉFLEXIONS. — L'âge, les phénomènes fébriles, les symptômes, la marche de l'affection, tout nous fait croire ici à une ostéomyélite à plusieurs foyers dont un dans la région sacro-iliaque droite.

Cette observation est rapportée parce qu'elle fut publiée en même temps que la suivante, et pour montrer l'étendue des portions osseuses abattues au début de l'intervention chirurgicale dans cette partie du bassin.

La mort est évidemment due à la généralisation de l'infection.

OBSERVATION XI (traduite de l'allemand) (1883). — TILING, *loc. cit.*

Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque gauche avec abcès énorme à la fesse. — Incision et évacuation du pus qui infiltre les muscles fessiers. — Abrasion de toute la partie osseuse malade ; la tubérosité iliaque ; le bord supérieur de la grande échancrure sciatique ; la surface articulaire de l'ilion et le bord du sacrum. — Nettoyage. — Grattage. — Sutures. — Mort.

Enfant de 14 ans, entre à l'hôpital le 8 janvier 1883.

Antécédents. — Bien portant jusqu'ici.

Affection actuelle. — *Examen.* — Il y a quatre mois, il survint, à la fesse gauche, une petite tuméfaction qui grandit rapidement et est maintenant devenue un abcès considérable.

Les mouvements de la hanche sont normaux.

Opération le 9 janvier. — L'abcès est incisé, et il s'en échappe une énorme quantité de pus provenant de dessous les muscles fessiers et de la grande échancrure sciatique.

La tubérosité iliaque, le bord supérieur de la grande échancrure sciatique et le bord du sacrum sont cariés.

La tubérosité iliaque est presque complètement abattue au ciseau, à tel point que la face auriculaire du sacrum se trouve complètement découverte ; puis, on enlève une partie du rebord inférieur de l'os coxal et, le doigt ne pouvant pénétrer librement dans le bassin, le bord du sacrum est réséqué.

On découvre alors, dans la concavité du sacrum, une cavité purulente qui se prolonge jusque vers la symphyse sacro-iliaque droite ; les

os sont cependant, dans cette direction, encore recouverts de périoste : la carie s'étend jusque dans le canal sacré.

L'os iliaque tout entier est mobile autour d'un axe passant par les deux symphyses; mais on ne peut le déplacer par en haut parce qu'il est encore solidement retenu par le puissant ligament ilio-lombaire ainsi que par le ligament sacro-iliaque antérieur.

On sacrifie cette partie restante parce qu'elle est manifestement malade.

Plusieurs gros drains sont mis dans le bassin; la plaie est irriguée, puis suturée.

Le pus était d'apparence louable.

Suites médiales. — La température tomba; mais, quelques jours plus tard, elle remonta à plusieurs reprises, et, sous l'influence d'une suppuration abondante, les forces du malade faiblirent.

Suites éloignées. — La cavité purulente diminuait manifestement; six semaines après, elle était cependant encore assez étendue et il s'écoulait du pus de bonne nature.

A la suite de cette suppuration prolongée, une diarrhée se déclara qui amena la mort du patient huit semaines après l'opération.

Autopsie. — Tuberculose aiguë des deux poumons.

Carie de la face antérieure et inférieure du sacrum, des 4^e et 5^e vertèbres lombaires et de la face latérale gauche du sacrum. La symphyse sacro-iliaque droite est intacte. La moitié gauche du bassin était naturellement beaucoup plus petite que la droite, à cause de l'étendue d'os réséqué de ce côté.

RÉFLEXIONS. — L'insuccès n'est pas tant dû à la grande étendue du champ opératoire et aux résections copieuses qui durent être faites, qu'à la période avancée des lésions et à l'état général peu satisfaisant du malade. Les résultats de l'autopsie démontrent, en effet, que l'expectative eût été, chez cet homme, bien mieux indiquée que l'emploi du ciseau, de la gouge et du maillet.

OBSERVATION XII (1886). — DELORME, *loc. cit.*

Ostéite tuberculeuse de l'os coxal siégeant au voisinage de l'articulation sacro-iliaque gauche. — Absès fessier sous-musculaire. — Ablation à la gouge de la table externe de l'os coxal au bord de l'échancrure sciatique. — Grattage des fongosités. — Guérison.

Jeune soldat.

Antécédents. — Tuberculose semble remonter à l'enfance ; multiples abcès du front avec élimination de séquestres. Plus tard, bronchite avec hémoptysie.

Affection actuelle. — Quelque temps après, apparaît à la région fessière gauche une tuméfaction arrondie, mal limitée, du volume d'un œuf de poule, obscurément fluctuante, irréductible, manifestement sous-musculaire.

A souffert, deux ans auparavant, de douleurs suivant le trajet du *nerf sciatique*.

Examen. — Tuméfaction précitée est insensible à la pression, sauf en un point qui répond presque à l'épine iliaque postéro-supérieure. Légère claudication. Pendant la marche et à la suite de fatigue, gêne et pesantEUR dans la région.

Le rachis et la hanche gauche semblent ne pas être atteints.

Etat général. — L'état des poumons n'inspire aucune crainte sérieuse et les lésions y sont peu avancées.

Cependant, il y a de l'amaigrissement, de la pâleur, des sueurs nocturnes et de l'affaiblissement.

Diagnostic. — Gomme tuberculeuse sous-fessière, liée ou non à une affection ostéopathique.

L'intervention est proposée.

Opération. — 1886. — Incision de 20 centimètres, horizontale, coupant la région fessière en travers, au niveau du grand trochanter, suivie d'une section verticale de 8 centimètres qui se dirige vers la crête iliaque.

On reconnaît au doigt l'échancrure sciatique et on ouvre le foyer profond : 60 grammes de liquide purulent s'écoulent ; ce pus n'est pas

collecté dans une poche à paroi régulière, mais infiltrée, sous forme de diverticules, entre les différentes couches épaissies.

Le raclage, la poursuite des diverticules conduisent immédiatement au-dessus de l'échancrure sciatique, vers son milieu, dans un petit canal admettant à peine une sonde cannelée, sorte de trépanation spontanée qui se termine, dans le diploé, par une cavité de la grandeur d'un pois remplie de fongosités.

Avec la gouge, la table externe est enlevée ; on voit alors la matière tuberculeuse s'infiltrant dans le tissu spongieux bien au delà de la cavité signalée.

Résection de la table externe du diploé, sur une étendue de 4 centimètres carrés, au bord même de l'échancrure sciatique, au point d'émergence des vaisseaux fessiers.

Sutures superficielles et profondes. Iodoforme. Compression ouatée.

Suites immédiates. — Le lendemain 39°8. Lymphangite qui s'étend au delà de la fesse.

Enlèvement des sutures sans trop nuire à la réunion. Puis, suppuration : la plaie reste blafarde et, enfin, se ferme au bout de 2 mois.

Suites éloignées. — 4 mois après, le malade marche aisément et prend, au besoin, le pas gymnastique. Il fait exécuter à la cuisse les mouvement de rotation les plus étendus. *L'état général est satisfaisant.*

REFLEXIONS. — Voir la partie des *réflexions générales* se rapportant aux ostéites juxta-articulaires.

OBSERVATION XIII (1886). — DELORME, *loc. cit.*

Ostéite aiguë de la partie postérieure de l'ilion gauche et des corps des vertèbres lombaires avec abcès lombo-fessier et fistule. — A l'autopsie, constatation de collection purulente interne touchant le rectum et s'étendant dans les deux psoas. — Compression des vaisseaux iliaques. — Dénudation du sacrum et des os des iles. — Traces de péritonite ancienne.

Incision en T conduisant à l'os iliaque au-dessus de la grande échancrure sciatique. — Trépanation de l'os de part en part. — Abrasion

de la table externe suivant un canal de 20 centimètres se dirigeant horizontalement en avant. — Extirpation de plusieurs séquestres. — Plus tard, perforation du rectum, infection, mort.

Jeune soldat, 19 ans.

Affection actuelle. — Pendant la convalescence d'une affection fébrile aiguë, il se forme une vaste collection purulente de la fesse et des lombes.

Examen à l'entrée. — On constate au-dessus de l'os iliaque gauche, les traces de cinq à six petites incisions et, à la partie inférieure de la fesse gauche, un trajet fistuleux qui aboutit à l'os iliaque.

Après un mois d'un traitement reconstituant, on propose l'intervention opératoire.

Opération en 1886. — Sur une incision transversale de 12 centimètres, passant par le trajet fistuleux et faite au thermocautère, tombe une incision verticale de 8 centimètres. Traversant toute l'épaisseur de la fesse, ces incisions conduisent sur l'os iliaque, un peu au-dessus de la grande échancrure sciatique. Là, on trouve un petit séquestre lamellaire.

Etendant l'incision musculo-cutanée à mesure que le stylet et la vue font constater l'existence de l'ostéite, on arrive, en tunnellsant l'os, c'est-à-dire en enlevant sa table externe et respectant l'interne, à 2 centimètres au-dessus de l'échancrure. Là, séquestre lamellaire de 50 centimètres, en partie détaché.

Le trajet osseux se porte alors directement en avant, vers l'épine iliaque antérieure et la crête voisine. A ce niveau, la présence d'un séquestre plus volumineux rend compte de l'extension de la suppuration à la région lombo-iliaque.

En somme, dit M. Delorme, on avait évidé l'os iliaque dans une étendue longitudinale de 20 centimètres et enlevé ses deux parois sur une largeur d'une pièce de 2 francs, près de la crête.

Pansement à l'iodoforme.

Suites immédiates. — Fièvre violente, selle purulente copieuse, issue d'une grande quantité de pus par la partie inférieure de la plaie. Le doigt reconnaît alors une dénudation de la face antérieure du sacrum.

Suites éloignées. — Mort le 28^e jour.

Autopsie. — Lésions très étendues. Vaste poche formée par le rectum en avant, le sacrum dénudé en arrière, recevant le pus fourni par une ostéite superficielle de la partie latérale droite de la colonne lombaire.

A gauche, mêmes lésions rachidiennes, mais pus encore collecté dans la gaine du psoas.

Ces deux muscles comme les iliaques sont transformés en un tissu lardacé, fibreux, dont la compression a réduit les vaisseaux iliaques au calibre des axillaires.

Des adhérences intestinales multiples semblent indiquer une ancienne péritonite ; le rectum est perforé à hauteur de la 3^e vertèbre sacrée.

L'os iliaque gauche est dénudé à sa face interne, près de la grande échancrure, dans une faible étendue. Tout le périoste de cette face est considérablement épaissi près du point où l'os avait dû être enlevé dans toute son épaisseur. Le pourtour de l'orifice était légèrement nécrosé, mais les adhérences périostiques empêchaient les liquides sécrétés par cette portion d'os malade de fuser dans la fosse iliaque.

RÉFLEXIONS. — Cette observation n'a qu'un rapport indirect avec notre sujet. Il s'agit d'une ostéite infectieuse aiguë juxta-sacro-iliaque qui n'a probablement rien à voir avec la tuberculose. Nous l'avons néanmoins insérée, afin d'indiquer le manuel opératoire suivi par M. Delorme, car il est évident que l'opération, à quelques détails près, eût été la même s'il se fût agi d'une origine bacillaire.

Remarquons cependant que ce n'est que plus tard, à l'autopsie, qu'on se rendit compte des lésions considérables qui existaient dans le bassin. Ceci donnera encore plus de force à la suggestion que nous avons faite d'aller toujours visiter la cavité pelvienne pour voir ce qui s'y trouve.

La mort rapide est, en effet, évidemment due à ce fait que

les vastes lésions internes méconnues ont suivi leur cours normal vers l'aggravation et ont fini, en produisant une perforation rectale et une infection générale, par emporter le patient.

OBSERVATION XIV (trad. pers.) (1886). — HOWARD MARSCH, *loc. cit.*
Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque. — Fistules. — Grattage de l'articulation. — Guérison.

Femme 32 ans (hôpital St-Bartholomew).

Opération. — Plusieurs conduits fistuleux mènent à l'articulation qui est ouverte. La synoviale est épaissie, fongueuse, baignant dans du pus grumeleux.

Grattage de toute la partie malade, suivi de badigeonnage au chlorure de zinc (solution à 1/15). Pansement antiseptique.

Suites. — *Guérison complète* au bout de 1 mois.

RÉFLEXIONS. — Nous avons trouvé cette observation, sans plus de détails, dans l'excellent petit résumé des affections articulaires de Howard Marsch.

OBSERVATION XV (résumée) (1886). — DELORME, in PROVERDIER, *loc. cit.*
Sacro-coxalgie. — Vaste collection tuberculeuse étendue de la fesse au creux poplité. — Raclage de la cavité purulente de la cuisse et de l'articulation sacro-iliaque. — Curage par cette articulation largement ouverte d'un abcès du bassin. — Guérison lente, mais complète. Nouvelle poussée tuberculeuse du côté du testicule droit.

A. M..., soldat d'infanterie, entre à l'hôpital St-Martin le 18 mars 1886.
Antécédents. — Nuls.

Affection actuelle. — En décembre 1885 chute, puis douleur à la face postérieure de la cuisse gauche, à la hanche et à la fesse du même côté. Un mois après, la région reste douloureuse et est empâtée. Pointes de feu.

Examen à l'entrée le 18 mars 1886. — Vaste collection superficielle, recouverte par des téguments indurés, violacés, occupant toute la face postérieure de la cuisse, s'étendant de la fesse gauche jusque tout près du creux poplité.

Une petite ouverture à la partie inférieure laisse écouler du liquide séreux et poindre une masse bourbillonneuse et crémeuse.

1^{re} opération. — Incision de 15 centimètres de bas en haut. Evacuation d'une masse tuberculeuse caséuse de la grosseur d'un œuf de poule. Pansement antiseptique.

2^e examen. — Le membre est dans la rectitude, mobile dans tous les sens, et ses mouvements sont si peu douloureux que le malade a pu effectuer un très long trajet pour venir à l'hôpital. Seule, la flexion à la coxo-fémorale est un peu limitée.

Une pression exercée sur le talon, le grand trochanter, sur la région inguino-crurale ne détermine pas de douleur. Pas de changement de longueur du membre.

Légère sensation douloureuse à la pression au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure.

Diagnostic. — Indécis : exploration décidée.

2^e opération. — La collection purulente sous-cutanée et musculaire de la cuisse est plus largement ouverte par une incision longitudinale. La cavité est raclée, curée avec soin dans tous ses diverticules. Au niveau du pli de la fesse, le doigt pénètre dans un diverticule qui se dirige, sous le grand fessier, vers l'articulation sacro-iliaque.

Les fibres inférieures du grand fessier sont sectionnées et la région sacro-iliaque est mise à découvert.

On constate que l'articulation est largement ouverte, et que ses ligaments périphériques et ses fibro-cartilages sont détruits ; que les surfaces articulaires sacrée et iliaque sont rugueuses.

L'index droit pouvait être librement introduit entre ces surfaces, dans l'étendue de 3 centimètres environ.

Tous les détritits morbides de la cavité articulaire sont complètement enlevés par la curette.

La plaie, longue de 40 centimètres, est réunie par des sutures profondes et superficielles. Drains dans les diverticules profonds. Pansement antiseptique et ouaté compressif.

Suites. — Réunion par première intention : au bout de 15 jours, il ne restait plus qu'un trajet fistuleux conduisant sur l'os dénudé.

Au bout de 3 mois, la réparation ne s'étant pas faite et le trajet fistuleux s'étant rempli de fongosités, une nouvelle intervention est décidée.

3^e opération. — Incision de 15 à 20 centimètres, parallèle aux fibres du grand fessier et portant sur le milieu de l'articulation sacro-coxale, qui est mise à nu. L'index droit pénètre entre les deux surfaces articulaires et s'enfonce dans le bassin jusqu'au rectum. On s'en sert comme d'une curette mousse pour extraire des fongosités. L'abcès rectal postérieur, qui avait une assez grande étendue transversale et une longueur égale à celle de l'articulation, est ainsi vidé.

Un gros drain est placé dans la cavité articulaire, et la plaie extérieure est fermée par de nombreuses sutures.

Pansement compressif antiseptique. Le blessé est constipé.

Suites immédiates. — La plaie se réunit par première intention, sauf sur le trajet du drain, qui laisse écouler journellement une sérosité peu abondante.

Suites éloignées. — La fistule se ferme lentement et la cicatrisation ne se produit et la guérison n'est complète qu'en octobre 1886. Le blessé se promène alors dans la salle sans claudication aucune.

Malheureusement il survient, du côté gauche également, une orchite tuberculeuse. Cette complication vient compromettre indirectement le résultat de l'opération.

RÉFLEXIONS. — Voici un cas remarquable. A la suite d'une chute suivie d'un peu de douleur dans la partie supérieure et postérieure de la cuisse gauche, dans la fesse, un abcès se forme insidieusement, et finit par envahir toute la région précitée puis descendre jusqu'au creux poplité, sans autre avertissement.

Cette bénignité, ou plutôt cette absence de symptômes est singulière. C'est un type *fruste* par excellence (quoique sans sciatique : du moins si celle-ci existait, l'observation n'en fait pas mention).

Le malade, à part la petite fistule située à la partie inférieure de la collection, se plaint si peu que ce n'est qu'après avoir incisé l'abcès une première fois, que l'on songe à explorer la région sacro-iliaque. On y décèle une légère douleur à la pression au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure, et c'est tout. Cette première incision n'ayant donné aucun résultat et le diagnostic étant encore indécis, on se résout à une seconde opération très étendue qui est elle-même bientôt suivie d'une troisième encore plus complète. Toutes les parties malades, aussi bien de la poche que de l'articulation, sont soigneusement enlevées et les parois grattées, nettoyées, lavées. La troisième fois, M. Delorme est obligé d'introduire son doigt dans le bassin, entre les deux surfaces articulaires, pour vider une poche remplie de fongosités située derrière le rectum. Malgré l'étendue des surfaces sur lesquelles portent les instruments, les suites, quoique lentes, furent heureuses : la cicatrisation était faite et le malade aurait sans doute fort bien guéri, si une poussée de tuberculose testiculaire n'était venue tout compromettre.

OBSERVATION XVI (résumée) (1887). — DELORME, in PROVENDIER,
loc. cit.

Abcès de la fesse droite. — Incision. — Constatation d'une dénudation de l'os iliaque au niveau de l'épine iliaque postéro-inférieure. — Evidement de l'os iliaque jusqu'à l'articulation sacro-iliaque. — Accidents consécutifs. — Plus tard ouverture d'une vaste collection de la fosse iliaque externe. — Persistance de la suppuration.

R..., soldat d'infanterie, entre le 30 mars 1887 au Val-de-Grâce.

Antécédents collatéraux. — Plusieurs frères morts phthisiques.

Antécédents personnels. — A 9 ans, abcès de l'aisselle droite.

Examen à l'entrée. — Douleur sourde, profonde, dans la fesse droite, mais le blessé peut cependant faire son service.

Tuméfaction fluctuante à la fesse, du volume du poing.

Opération, le 18 avril 1887. — Incision de 18 à 20 centimètres du muscle grand fessier parallèlement à ses fibres sur la partie moyenne de la poche, c'est-à-dire au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure. Écoulement d'un demi-litre de pus grumeleux. Curage de la poche. On constate un point dénudé à la partie postérieure de la crête iliaque, près de l'épine iliaque postéro-supérieure. Avec la gouge et le maillet, on abrase cette partie osseuse dépouillée de son périoste, jusqu'au diploé, à partir de 2 centimètres de l'interligne articulaire jusque dans l'articule même dont on voit le fibro-cartilage. Le diploé présentait, dans l'étendue de 2 centimètres carrés environ, des fongosités très facilement reconnaissables.

Après un raclage soigné et une dernière inspection, constatant que toutes les parties osseuses malades ont été enlevées, les surfaces opposées des moyen et grand fessier sont réunies par des sutures perdues. Puis, sutures superficielles, drainage.

Suites immédiates. — Le 3^e jour, 40° ; érysipèle. Désunion de la plaie : apparition de bourgeons tuberculeux. Eschare sacrée.

Suites éloignées. — En mai, collection dans la fosse iliaque ; la température reste élevée.

Nouvelle opération. — Incision de 15 centimètres dans la fosse iliaque externe, à partir de l'épine iliaque postéro-supérieure et le long de la crête. Issue d'un litre de pus mal lié. Aucune dénudation appréciable. Curage de la poche. Badigeonnage au chlorure de zinc. Drainage.

Suites immédiates. — Amélioration ; puis, nouvelle infection : nouveau curage.

Suites éloignées. — En novembre 1887, le malade présente toujours une plaie linéaire, fongueuse, dans la région fessière. Le cathétérisme indique que l'os iliaque est encore malade.

On se propose de pratiquer une nouvelle intervention.

RÉFLEXIONS. — C'est en nous basant particulièrement sur les interventions répétées pratiquées par M. Delorme

sur le même sujet, lorsqu'il y a récidence d'abcès, que nous avons dit que l'opération elle-même faite plusieurs fois n'offrait pas un bien grand danger. Voici, en effet, un soldat dont la première trépanation est compliquée d'érysipèle ; il guérit de cette dernière, mais il se forme de nouveau du pus dans la région précédemment envahie, à deux reprises différentes. Les parois de ces cavités ayant été grattées sans résultat, M. Delorme se propose une *quatrième* intervention.

On voit donc que, pourvu que les règles antiseptiques soient strictement observées, il n'y a pas de raison pour ne pas adopter cette façon de procéder qui est certainement préférable, lorsqu'il n'y a pas de contre-indication, à l'expectative, laquelle conduit rapidement le malade vers sa fin.

OBSERVATION XVII (traduction personnelle) (1887). — F. J. GANT, *loc. cit.*

Arthrite sacro-iliaque gauche probablement tuberculeuse avec abcès postérieur volumineux. — Incision de l'abcès. — Ouverture de l'articulation. — Grattage et curage de toute la partie malade. — Guérison.

G. M..., 36 ans, marié, est admis le 2 mars 1887 à l'hôpital Royal libre.
Antécédents ?

Affection actuelle. — Fait une chute du haut d'une échelle et, 18 mois plus tard, vers la Noël de 1887, s'aperçoit de l'existence d'une tuméfaction au niveau de la région sacrée, à gauche de la ligne médiane.

Examen à l'entrée. — La tuméfaction, qui est à n'en pas douter un abcès, est molle et fluctuante, douloureuse seulement lorsqu'on la comprime énergiquement.

Lorsqu'il est debout, l'homme a la sensation d'une disjonction de tout le côté gauche du bassin et de douleurs s'irradiant du côté de la hanche.

La démarche est normale.

Vu de derrière, le membre gauche paraît plus allongé, mais la mensuration pratiquée de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole interne donne un résultat négatif, la longueur apparente étant due à l'habitude qu'avait le malade de se tenir constamment debout sur la jambe droite, ce qui amenait un abaissement du membre opposé.

La jambe gauche est tant soit peu en abduction et tournée en dehors, et le pied est légèrement projeté en avant.

L'épine iliaque antéro-supérieure proémine plus que celle de l'autre côté, et occupe un niveau plutôt moins élevé.

La tuméfaction dont il vient d'être question s'était étendue et occupait la portion contiguë de la région fessière.

Diagnostic. — Arthrite sacro-iliaque gauche, probablement tuberculeuse, avec abcès postérieur superficiel.

Opération. — Pratiquée le 19 avril. La collection incisée laisse échapper du pus.

On perçoit, à un endroit, un petit pertuis au travers duquel un stylet pénètre dans l'articulation.

Ce conduit est agrandi et l'articulation creusée à la gouge, jusqu'à ce qu'on arrive sur des parties saines.

Les parois de la poche sont également grattées à la curette, et lavées avec une solution d'acide phénique au quarantième.

La plaie est drainée et pansée antiseptiquement.

Suites. — La *cicatrisation est rapide* et le malade sort le 22 mai. Il peut se tenir debout et marcher sans aucune gêne.

RÉFLEXIONS. — Ici encore, les antécédents sont muets et, seuls la marche lente de l'affection et les quelques signes que l'on indique permettent de qualifier cette manifestation.

Notons le petit pertuis dont a parlé plus tard, en y insistant, M. Pierre Delbet et qui conduisit à l'endroit malade de l'articulation.

OBSERVATION XVIII (trad. pers.) (1887). — F. J. GANT, *loc. cit.*

Arthrite sacro-iliaque tuberculeuse gauche avec abcès postérieur, au niveau de l'articulation. — Abcès ouvert, membrane pyogénique grattée, articulation raclée. — Amélioration suivie probablement de guérison.

E. G..., jeune femme de 19 ans, fabrique des boîtes, profession qui l'oblige à se tenir constamment debout. Est admise à l'hôpital le 29 janvier 1887.

Antécédents ?

Affection actuelle. — Examen. — Il y a neuf mois de cela, la malade remarque, pour la première fois, et sans qu'elle eût éprouvé un traumatisme d'aucune sorte, une petite tuméfaction grosse comme une noisette, siégeant presque au niveau de son articulation sacro-iliaque gauche et qui grossit lentement, au point d'atteindre le volume d'une orange.

Lorsque la malade se tient debout ou marche, il lui semble qu'elle va s'affaisser en arrière.

La pression, exercée de dedans en dehors sur l'os iliaque, détermine une vive douleur dans l'articulation.

Les mouvements de la coxo-fémorale gauche sont libres et indolores.

Le membre est, comme dans le cas précédent, en état de longueur apparente et tourné en dehors.

L'épine iliaque antéro-supérieure proémine de façon remarquable.

Diagnostic. — Arthrite sacro-iliaque tuberculeuse gauche avec abcès postérieur.

Opération. — Le 12 juillet, l'abcès est ouvert et laisse écouler 60 à 90 grammes de pus.

L'articulation est grattée de même que la membrane pyogénique, comme dans l'observation XVII.

La cavité est lavée à l'acide phénique au quarantième, drainée et pansée antiseptiquement.

Suites. — Normales. Au 19 juillet, la plaie est en parfait état et en voie de cicatrisation.

RÉFLEXIONS. — Des antécédents et de l'examen géné-

ral de la malade, au point de vue de la tare tuberculeuse, on ne nous dit rien. Sa profession cependant, qui l'obligeait sans doute à travailler dans un espace confiné, les quelques symptômes classiques qui sont ici consignés, et la marche lente de son affection, nous font admettre cette origine.

L'opération fut suivie d'une *amélioration* qui s'est probablement poursuivie jusqu'à *guérison complète*.

OBSERVATION XIX (traduction personnelle) (1887). — VAN HOOK, *loc. cit.*

Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque droite avec deux abcès : l'un postérieur et volumineux siégeant dans la région lombaire et l'autre intra-pelvien, dans la fosse iliaque. — Ouverture de l'abcès postérieur, trépanation de l'articulation jusqu'à la partie antérieure. — Curage complet des fongosités. — Drainage. — Ouverture de l'abcès iliaque. — Drainage. — Amélioration suivie probablement de guérison.

Henri D..., 32 ans, entre à l'hôpital de Chicago le 3 janvier 1887. *Antécédents héréditaires et collatéraux.* — Très bons.

Antécédents personnels. — A eu la blennorrhagie et probablement la syphilis.

Hémoptysies intermittentes depuis 15 ans, sauf pendant l'année qui a précédé son entrée à l'hôpital.

Pendant les premières semaines de 1886, c'est-à-dire un an avant d'entrer à l'hôpital, il commença à souffrir d'une maladie de la moelle que, depuis son entrée, le professeur Walter Hay de l'hôpital médical de Chicago a déclaré être une polio-myélite antérieure.

Affection actuelle. — En octobre, dit-il, il commençait à aller mieux lorsque, un matin, il ressentit une douleur à la région lombaire.

Quelques jours après, une tuméfaction apparut qui augmenta graduellement d'étendue jusqu'en novembre, époque à laquelle 500 à 600 grammes de pus en fut extrait par aspiration.

Examen à l'entrée. — On trouve une tuméfaction fluctuante dans la fosse iliaque droite et une autre, occupant une plus grande surface, au-dessus de la partie postérieure de la crête iliaque s'étendant en haut jusqu'à la douzième côte et, des apophyses épineuses des vertèbres lombaires, à 10 centimètres plus loin vers la droite.

Depuis juillet, il ne pouvait marcher par suite de sa maladie nerveuse et, celle-ci ayant causé de l'anesthésie des membres inférieurs, on ne put déterminer la localisation du foyer primitif.

Le malade se couche sur le côté gauche les cuisses légèrement fléchies.

Diagnostic. — Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque droite avec deux abcès : l'un dans la fosse iliaque, l'autre dans la région lombaire du même côté.

Opération le 23 janvier par M. Van Hook et sous la direction du Dr Christian Fenger. — L'abcès postérieur est d'abord ouvert. Ses parois ayant été complètement raclées, on va, au moyen d'un stylet, à la recherche du foyer primitif ; le stylet pénètre, en bas et vers l'avant, jusqu'à la partie antérieure de l'articulation sacro-iliaque.

On conclut donc à l'origine articulaire des deux abcès.

Pour atteindre le foyer malade, une partie de l'épine iliaque postérieure et supérieure est abattue au ciseau de façon à permettre l'introduction du doigt dans le grand bassin pour guider les instruments.

Les ligaments antérieurs avaient été presque entièrement détruits par la tuberculose, de sorte que les détritits furent enlevés et la cavité nettoyée.

On place une mèche de gaze iodoformée en guise de drain dans cette cavité.

L'abcès de la fosse iliaque est ensuite ouvert et drainé au moyen d'un tube de caoutchouc.

Pansement antiseptique.

Suites immédiates. — La plaie perd pendant les quelques premiers jours, mais, au bout de trois semaines environ, l'amélioration se fait rapidement.

Suites opératoires. — *Guérison complète* de l'affection articulaire au bout de 4 mois.

En ce qui concerne sa maladie nerveuse, le malade allait mieux en octobre 1888 et pouvait marcher un peu.

RÉFLEXIONS. — La symptomatologie est, comme on peut s'en rendre compte, très courte. Les signes principaux existaient-ils, ou seulement ceux que l'on nous a cités ? Nous ne savons, mais nous sommes plutôt tenté d'admettre encore une *forme fruste*, sans sciatique toutefois.

OBSERVATION XX (1887). — PÉRIER, in REBOUL, *Contribution à l'étude de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses*. Thèse de Paris, 1890.

Abcès ossifluent de la région sacro-iliaque gauche, communiquant avec une collection de la fosse iliaque interne. — Incision des téguments. — Trépanation à la gouge de la partie supérieure de l'échancrure sciatique. — Evidement des deux poches purulentes. — Guérison (fistule).

Femme, 25 ans, blanchisseuse, entre le 27 mai 1887 à l'hôpital St-Antoine, salle Lisfranc, service de M. le Dr Monod.

Etat actuel. — Abcès ossifluent de la région sacro-iliaque gauche, communiquant avec un abcès de la fosse iliaque interne.

Opération le 2 juin 1887. — Incision sur la région sacro-iliaque gauche, parallèlement à la partie postérieure de la crête iliaque ; pus abondant, la poche iliaque interne se vide facilement par la compression : la communication des deux poches a lieu par la partie supérieure de l'échancrure sciatique.

Agrandissement de cet orifice de communication avec la gouge : on arrive ainsi facilement dans le bassin.

Irrigation au bi-iodure de mercure. Mèche de gaze iodoformée. Pansement à l'iodoforme.

Suites. — La malade quitte l'hôpital ; il ne reste plus qu'une petite surface bourgeonnante donnant peu de pus. L'abcès de la fosse iliaque interne ne s'est pas reproduit.

RÉFLEXIONS. — L'opération est, chez cette malade, peu

considérable : il y eut une simple résection du rebord supérieur de l'échancrure sciatique pour permettre l'évidement et le nettoyage de l'abcès intra-pelvien. On ne dit pas exactement quel était le siège de l'ostéite, mais nous pensons qu'elle était juxta-articulaire et une menace pour l'articulation.

OBSERVATION XXI (trad. pers. résumée) (1889). — M. COLLIER, *loc. cit.*

Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque droite avec collection fongueuse intra- et pré-articulaire, sans abcès. — Incision au niveau de l'abcès. — Trépanation de l'ilion au niveau de la partie correspondant à l'articulation jusque dans cette cavité. — Grattage, curetage, nettoyage de toutes les parties malades. — Drainage. — Guérison complète.

Femme, 34 ans, mariée, venant de l'Afrique du Sud.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Mère morte phthisique.

Père vivant. Sœur et frère faibles des poumons.

Antécédents personnels. — Est malade depuis 4 ans. Hémoptysie grave il y a 2 ans à la suite de laquelle elle garda le lit 8 mois. Toux douloureuse.

Affection actuelle. — Début, après avoir soulevé une lourde malle, par douleurs dans et aux environs de la hanche droite. Claudication. A vu plusieurs médecins et chirurgiens en Afrique et en Angleterre qui lui ont fait subir des traitements variés : massage, vésicatoires répétés, etc.

Lors de l'examen, la malade est couchée au lit sur le côté gauche. La coxo-fémorale droite est normale. La cuisse est légèrement fléchie sur l'abdomen.

Douleur pendant la marche ou lorsqu'elle s'assied sur l'ischion droit. Douleur à la miction s'irradiant à droite, au pubis et à la cuisse. A ce moment aucune tuméfaction appréciable.

Douleur lorsqu'on comprime fortement la fosse iliaque droite et lorsqu'on cherche à rapprocher les ilions. Douleur très nette lorsqu'on presse en arrière le milieu de l'interligne articulaire sacro-iliaque

droite. Souffre aussi d'une façon intermittente de la partie postérieure et inférieure de la cuisse et du genou du même côté (1).

Marche hésitante. Incline le corps à droite et avance la jambe droite au-devant de la gauche. Pointe du pied tournée en dehors.

Diagnostic (confirmé par Sir J. Paget), arthropathie sacro-iliaque (2).

Traitement. — Appareil immobilisateur de Thomas et toniques. Malgré tout, douleur constante ; insomnie. S'affaiblit de plus en plus. Pas de fièvre. Élévation de température au niveau de l'articulation malade.

Est transportée à l'hôpital St-Thomas.

La malade étant couchée sur la table d'opération, on remarque au-dessous de l'articulation une tuméfaction grande comme une paume de main.

Toucher vaginal et rectal négatif.

Opération (avec l'aide du Dr Edmond en présence du Dr Makin). Incision courbe de 20 centimètres parallèle et à 2 cm. 1/2 au-dessous du tiers postérieur de la crête iliaque et descendant verticalement vers l'articulation.

L'os, découvert et dénudé à la rugine, paraît enflammé et augmenté de volume.

On place une couronne de trépan à 6 cm. 1/2 de l'épine iliaque postéro-supérieure, sur une ligne allant de ce point à l'épine iliaque antéro-supérieure. Le trépan pénètre facilement, ce qui indique que l'os est plus mou qu'à l'état normal.

En extirpant le bouchon osseux, on arrive sur une couche de fongosités de un centimètre d'épaisseur. Les surfaces articulaires sont complètement dépourvues de cartilage et, du côté du sacrum, l'os est érodé, dur et de couleur anormale, nettement jaunâtre.

Toutes les fongosités et les parties osseuses nécrosées sont enlevées à la gouge et au maillet aussi loin que l'on peut aller.

L'articulation est badigeonnée avec une solution de chlorure de zinc à 1/12 et bien saupoudrée d'iodoforme. Un fort tube à drainage est

(1) Dans le territoire du nerf sciatique ?

(2) Ajoutons : tuberculeuse. O. N.

placé jusqu'au fond de l'ouverture, et la plaie fermée et pansée comme à l'ordinaire.

Suites immédiates. — Cessation des douleurs immédiatement après opération. Réunion par première intention.

Suites éloignées. — La malade *guérit complètement* et, après repos dans un appareil pendant six mois, alla faire un séjour au bord de la mer et retourna en Afrique.

RÉFLEXIONS. — Nous relevons dans cette observation, comme symptômes subjectifs peu communs : la douleur à la miction s'irradiant au pubis et à la cuisse, ainsi que celles ressenties à la face postérieure de la cuisse et au genou, à droite. On remarquera aussi l'élévation de la température au niveau du lieu de formation de la tuméfaction et l'apparition tardive de celle-ci.

M. Collier, de même que plusieurs chirurgiens étrangers, surtout anglais, paraît préférer la couronne de trépan aux autres instruments tranchants tels que le ciseau, la gouge, etc. Nous croyons ces derniers plus commodes parce qu'ils permettent de donner plus de jour à la partie dans laquelle porte l'évidement.

OBSERVATION XXII (trad. pers.) (1888). — G. H. MAKINS, *loc. cit.*

Arthrite de la sacro-iliaque droite sans abcès, accompagnée de sciatique.

— *Incision cruciale superficielle au niveau de la partie postérieure et supérieure de l'ilion.* — *Trépanation de l'os au niveau de la partie correspondant à l'articulation.* — *Curettage de l'article et de la surface sacrée ramollie.* — *Guérison.*

W. M. ..., 25 ans, charpentier, entre à l'hôpital le 18 juillet 1888.

Antécédents héréditaires. — Bons.

Antécédents personnels. — Il y a 6 ans, abcès spontané dans la région lombaire. Fut traité à l'hôpital du comté de Sussex ; en sorti guéri et reprit son travail.

Affection actuelle. — Il y a neuf mois, douleur aiguë à la hanche droite, accompagnée de faiblesse dans cette partie du corps qui empêche tout travail.

Examen à l'entrée. — Douleur à la hanche droite et remontant du genou à la naissance de la cuisse, *le long du nerf sciatique*.

Il existe une large eschare au niveau de l'ilion en dehors de l'articulation sacro-iliaque droite.

Le malade ne peut se retourner que très difficilement dans son lit.

La pression sur le trochanter ou la tentative de rapprochement des deux crêtes iliaques (signe d'Erichsen) détermine de la douleur.

L'épine iliaque antéro-supérieure est élevée et proémine en avant, déterminant une dépression apparente dans l'aîne.

La cuisse droite est légèrement fléchie et en adduction. Le malade étant couché sur le dos, si ce membre repose à plat sur le lit, il y a de la lordose.

Aucune différence de longueur entre les deux membres.

Les mouvements de l'articulation de la hanche pratiqués doucement n'amènent aucune douleur.

Le membre du côté malade est très atrophié : la circonférence de la cuisse droite mesure 2 cm. 1/2 de moins que de l'autre côté.

La toux produit une impulsion au niveau des deux échancrures, plus marquée à droite.

Le toucher rectal n'indique rien.

Après un séjour de plus d'un mois à l'hôpital, le malade étant toujours dans le même état et souffrant beaucoup, surtout *le long du sciatique*, l'exploration de la sacro-iliaque est décidée.

Opération le 27 août. — Incision cruciale, comprenant l'ancienne cicatrice au niveau de la partie postérieure et supérieure de l'ilion.

L'os est découvert et on ne constate rien sous le périoste.

L'article est ouvert au moyen d'une mèche de trépan, large de 2 centimètres environ, appliquée à 4 centimètres en avant et un peu au-dessous de l'épine iliaque postéro-supérieure.

Des fongosités remplissant la fente articulaire sont enlevées à la curette de Volkmann. Le sacrum est mou et carié : on le creuse à la surface sur une profondeur de 2 centimètres.

Il n'y avait ni pus ni tissu caséux bien net.

Drainage et pansement humide au sublimé.

Spica plâtré avec application d'une attelle le long de la face externe du membre inférieur.

Suites immédiates. — Le drain demeure trois semaines dans la plaie qui évolue bien.

Suites éloignées. — 9 octobre. Enlèvement de l'appareil. Il reste une petite fistule. Le malade peut se retourner dans son lit sans difficulté, mais il se plaint par moment de sa névralgie, et sa hanche et son genou droits sont très raides.

La fistule ne guérit qu'en avril 1889, époque à laquelle l'homme quitte l'hôpital.

Juillet 1889. — Le chirurgien revoit le malade et constate qu'il peut marcher avec une chaussure élevée et à l'aide d'un bâton.

L'articulation de la hanche est complètement ankylosée et le membre légèrement fléchi.

La plaie demeure fermée; une cicatrice épaisse et déprimée existe au niveau du point trépané.

RÉFLEXIONS. — Ce malade semble avoir été affligé d'un abcès lombaire, dû probablement à une ostéite juxta-articulaire ayant évolué favorablement, bien avant l'apparition des symptômes articulaires. C'est sans doute ce même foyer qui s'est réveillé plus tard pour donner naissance aux signes de la sacro-coxalgie qui provoquèrent l'intervention. Celle-ci était-elle, dans ce cas, justifiée? Nous pensons que oui, quoiqu'elle ait été pratiquée assez tôt, avant qu'on eût constaté la tuméfaction. En effet, à part la *sciatique*, quelques-uns des *signes cardinaux* de la maladie existaient et on pouvait conclure, de là, à la présence d'un ramollissement osseux ou de fongosités, ce qui d'ailleurs fut vérifié plus tard.

A remarquer, parmi les symptômes, l'impulsion produite par la toux au niveau des deux échancrures sciatiques.

OBSERVATION XXIII (trad. pers.) (1890). — J. H. MAKINS, *loc. cit.*

Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque gauche, avec abcès postérieur dans la région lombaire. — Incision de l'abcès. — Ouverture de l'articulation. — Evacuation du pus. — Ablation de séquestres. — Grattage. — Nettoyage. — Persistance de fistule. — Nouvelle ouverture de celle-ci et nouveau grattage. — Cicatrisation incomplète. — Amélioration.

Enfant du sexe masculin, âgé de 3 ans et 3 mois, entre à l'hôpital Evelina le 24 avril 1890.

Antécédents héréditaires. — Bons.

Affection actuelle. — S'est toujours bien porté jusque il y a dix mois, époque à laquelle il fut contusionné (on lui passa dessus, dit le texte... ?)

Depuis ce temps-là, l'enfant est faible et se plaint de douleurs dans le membre inférieur.

Apparition d'une tuméfaction au-dessus de l'articulation, il y a un mois.

Jusqu'à son entrée, il pouvait marcher le jour, mais la nuit il souffrait et ne pouvait dormir.

Examen à l'entrée. — Il existe au niveau de la partie supérieure de l'articulation sacro-iliaque gauche un abcès étendu.

Il n'y a aucun signe particulier de carie et les mouvements de la hanche sont libres.

La tentative de rapprochement des ilions détermine de la douleur, et celle-ci est encore plus marquée si on cherche à écarter l'une de l'autre les épines iliaques antéro-supérieures.

Diagnostic. — Arthrite tuberculeuse sacro-coxale gauche avec abcès postérieur.

Opération. — Le contenu de l'abcès est aspiré deux jours après l'entrée du petit malade.

Au bout d'une semaine, la cavité se remplissant de nouveau, on procède à l'opération.

L'abcès est largement incisé et l'articulation ouverte. On évacue environ 30 grammes de pus.

Le bout du petit doigt peut facilement pénétrer dans la fente articulaire. Les cavités osseuses et articulaires sont complètement grattées : Des séquestres, des débris de cartilage et des fongosités abondantes sont ainsi enlevés.

La plaie est suturée et pansée au bichlorure.

Suites immédiates. — Au 7^e jour la réunion étant complète les fils sont enlevés.

Suites éloignées. — Six semaines après, sortie avec un long corset de Sayre.

Un mois plus tard, on constate la réouverture de la plaie.

L'enfant fait un séjour de deux mois dans un hospice de convalescents, puis il rentre de nouveau à l'hôpital parce qu'une fistule persiste.

2^e opération. — La fistule est soigneusement grattée.

Cicatrisation au bout de 15 jours et nouvelle sortie avec ceinture plâtrée. Pas de douleur, ni de sensibilité : *l'enfant marche très bien.*

La fistule se rouvre de nouveau quelques semaines plus tard et reste telle que pendant les deux mois qui suivent.

Depuis, on perd l'enfant de vue.

RÉFLEXIONS. — Ce qui est malheureux, dans ce cas, c'est la persistance de la fistule après deux grattages successifs. Le malade était cependant un tout jeune gamin : il est vrai qu'il était de constitution particulièrement chétive.

OBSERVATION XXIV (trad. pers.) (1891). — G. H. MAKINS, *loc. cit.*

Ostéite tuberculeuse de la tubérosité iliaque avec abcès de la région coïncidant avec un mal de Pott cervical. — Incision de l'abcès. — Evacuation de pus. — Extraction de séquestres, d'os carié, de fongosités. — Grattage, nettoyage complet. — Guérison de la localisation bacillaire juxta-articulaire.

N. J..., enfant du sexe masculin admis à l'hôpital en avril 1891.

Antécédents familiaux. — Tuberculeux.

Antécédents personnels. — Souffre d'un mal de Pott cervical depuis 18 mois.

Affection actuelle. — Depuis plus de 7 mois, on avait remarqué une tuméfaction de la région lombaire droite, mais l'enfant ne s'était pas plaint de souffrir avant la dernière quinzaine et, depuis ce moment, la tuméfaction s'est accrue rapidement.

Il a pu, tout le temps, marcher et se tenir debout. Il dort bien.

Examen à l'entrée. — C'est un petit sujet d'apparence chétive qui accuse des douleurs au niveau de la partie postérieure de la tête et des oreilles. Il tient la tête droite et la supporte souvent avec ses mains. Les mouvements modérés ou la pression de la tête causent peu de douleur.

Il existe au niveau de la partie postérieure de la crête iliaque une tuméfaction fluctuante de la grosseur d'un œuf de poule. Pas d'impulsion produite par la toux.

La manipulation de la hanche ou du bassin ne causent aucune douleur.

Il n'y a aucun signe d'affection viscérale.

Opération. — Une semaine après l'entrée.

Ouverture de l'abcès par une incision verticale. Evacuation de 30 grammes de pus.

On trouve plusieurs séquestres libres correspondant à la partie postérieure de l'ilion ; on les extrait ainsi que toute la portion d'os carié et les fongosités caséeuses. Toute la partie malade est grattée, nettoyée et la plaie est fermée et pansée à la gaze au bichlorure de mercure.

Suites immédiates. — 15 jours après, cicatrisation complète et sortie avec un long corset en cuir partant du bassin pour remonter aux épaules. La tête est également mécaniquement supportée.

Suites éloignées. — Six semaines après il peut marcher tout comme un autre et la cicatrice est parfaite et solide.

L'enfant est cependant toujours en traitement pour sa localisation bacillaire cervicale.

RÉFLEXIONS. — Voir *réflexions générales*.

C'est le seul cas de localisation bacillaire à la région sacro-iliaque que nous ayons rencontré où existait, en même temps, un mal de Pott cervical.

Qu'est-il advenu de ce petit malade. La tuberculose cervicale a-t-elle évolué aussi vers la guérison ? Il est difficile de le dire. Constatons néanmoins le résultat parfait produit par l'intervention au niveau de la région sacro-iliaque.

OBSERVATION XXV (1891). — LANNELONGUE, in MAUCLAIRE, *Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses*. Thèse de Paris, 1893, p. 280.

Sacro-coro-tuberculose avec abcès symptomatique. — Ponction de l'abcès suivie d'injection de chlorure de zinc. — Plus tard, incision ; puis grattage du foyer osseux. — Guérison.

Enfant du sexe masculin, 8 ans.

Etat actuel. — Affection datant d'un an environ. Abcès paraît s'être développé récemment : il dépend manifestement de l'articulation sacro-iliaque.

1^{re} opération. — Le 27 juillet 1891, ponction de l'abcès ; lavage à l'eau stérilisée. Injection de chlorure de zinc sur tout le pourtour.

Suites. — Induration très nette des parties précédemment fongueuses. L'abcès cependant se reforme et augmente même de volume.

2^e opération. — En septembre 1891, incision de la poche. Le foyer osseux est gratté.

Suites. — *Guérison complète* en novembre.

L'enfant en attendant son départ pour Berck, meurt de diphtérie.

Autopsie. — Toute l'articulation est entourée de tissu fibreux très remarquable.

Il existait cependant encore un petit foyer tuberculeux en haut, mais il était complètement entouré de tissu sclérosé.

RÉFLEXIONS. — Cette observation n'est pas très précise. On ne dit pas exactement où a porté l'opération ; cependant, comme l'abcès « dépendait manifestement de l'articulation sacro-iliaque », c'est probablement cette région qui a été grattée : il s'agissait donc d'une sacro-coxo-tuberculose.

OBSERVATION XXVI (1891). — DUPLAY, in PIERRE DELBET, *Bulletins de la Société Anatomique*, 5^e série, Tome V (1892).

Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque gauche à forme fruste (sciaticque), avec abcès fessier. — Incision de l'abcès. — Grattage de surface osseuse. — Plus tard, ouverture des téguments. — Trépanation des parties osseuses malades. — Pénétration jusque dans le bassin. — Grattage. — Nettoyage. — Résection des parties molles malades. — Guérison (fistule).

Homme, 23 ans, entre dans le service de M. le professeur Duplay, le 6 août 1891.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — En 1890, étant soldat, il commença à tousser. En juillet 1891, il fut pris d'une pleurésie gauche qui dura 7 semaines.

Affection actuelle. — C'est pendant la convalescence de sa pleurésie, qu'il ressentit, pour la première fois, des douleurs vives dans la cuisse et la jambe du côté gauche.

Ces douleurs, qui l'empêchaient de marcher et n'étaient pas atténuées par le repos au lit, furent attribuées à une *sciaticque*, et, comme elles avaient résisté à tout traitement, le malade fut envoyé, en mai 1891, à Bourbonne-les-Bains.

Le traitement thermal n'eut pas plus d'effet que les autres, et bientôt le malade constata un nouveau phénomène important : l'existence d'un peu de gonflement et d'empâtement dans la région fessière.

Peu après, il entre dans le service de clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité.

Examen à l'entrée. — Le malade est alors très amaigri, fort émacié, et se plaint de douleurs suivant le trajet du *sciatique* à la cuisse et à la jambe, douleurs d'une extrême acuité, ne lui laissant aucun repos.

En outre il présente une collection fluctuante dans la région de la fesse.

Traitement. — Le 17 août, ponction suivie d'injection d'éther iodoformé à 10 0/0.

Cette injection ne donne aucun résultat et, comme le malade continue à souffrir, on se décide à une intervention sanglante.

1^{re} opération. — Le 27 août, incision de l'abcès, suivie d'un grattage de la surface osseuse altérée.

Suites. — Une partie de la plaie se ferme, mais il reste un trajet fistuleux qui sécrète abondamment.

Nouvel examen du malade par M. Delbet le 1^{er} novembre 1891. — Il est amaigri, la peau est flasque, ridée, l'épiderme écailleux.

Il tousse, mais presque sans cracher ; l'appareil pulmonaire présente peu de lésion.

Il se plaint toujours de douleurs extrêmement vives, qui l'empêchent de dormir et se tient dans son lit, constamment couché sur le côté sain.

On trouve à la cuisse et à la jambe *les points douloureux de la sciatique.*

Localement, on voit dans la région de la fesse, à 6 centimètres de la ligne médiane représentée par la crête du sacrum, une cicatrice à grand axe vertical : au milieu de cette cicatrice, à mi-distance de la crête iliaque et de la pointe du coccyx, il existe un orifice fistuleux étroit, entouré de fongosités pâles et comme translucides : le stylet introduit dans cet orifice s'enfonce à 3 ou 4 centimètres et dérive sur des surfaces osseuses manifestement altérées.

Le toucher rectal ne révèle rien : pas de collection dans la fosse iliaque ou dans le petit bassin, pas de ganglions engorgés.

Le malade ne peut marcher, mais c'est uniquement en raison des violentes douleurs dont la cuisse et la jambe sont le siège : ce n'est pas au niveau de la fistule qu'il souffre.

Il n'existe aucune déformation, aucune inclinaison du bassin.

Si on comprime violemment les deux trochanters, de manière à rapprocher les deux os iliaques et à les serrer contre le sacrum, on ne détermine aucune douleur.

De même, si on saisit les crêtes iliaques et qu'on cherche, en déployant toute la force dont on est capable, à les mouvoir sur le sacrum (signe d'Erichsen), aucun sentiment douloureux ne se produit.

Enfin, lorsque le malade, après s'être soulevé sur les deux mains, se laisse brusquement retomber (signe de Larrey), il n'accuse aucune sensation anormale.

La pression locale autour du trajet fistuleux n'éveille que de légères douleurs.

Traitement. — Le traitement général par l'huile de foie de morue créosotée, associée à des injections d'éther iodoformé dans le trajet fistuleux, sont essayés en pure perte. Il ne se produit aucune amélioration ni dans les symptômes locaux, ni dans les symptômes subjectifs.

Aussi comme l'état général du malade s'aggrave, et comme d'autre part l'urine ne présente pas d'altération et que les lésions pulmonaires sont peu avancées, on se décide à pratiquer une nouvelle intervention sanglante.

2^e opération le 1^{er} décembre 1891, par le Professeur Duplay. — Incision verticale de 9 centimètres de long, passant par la cicatrice et située, par conséquent, à 6 centimètres de la ligne médiane. Sur le milieu de cette première incision, c'est-à-dire au niveau de la fistule, il en fait tomber une seconde horizontalement dirigée.

Les quatre petits lambeaux ainsi taillés, ayant été disséqués, séparés de l'os à la rugine et relevés, on arrive sur le foyer osseux. Après l'avoir nettoyé à la curette tranchante, on trouve un diverticule qui remonte en haut et en dehors.

Après élargissement de ce trajet diverticulaire à la gouge et au maillet, on arrive dans une seconde cavité osseuse contenant des fongosités et des petits séquestres gros, tout au plus, comme des lentilles. Cette cavité est largement ouverte, puis soigneusement grattée. On arrive ainsi jusque dans le bassin, la ceinture osseuse étant perforée de part en part.

Le trou d'évidement mesure à peu près 3 centimètres de diamètre

et 4 à 5 centimètres de profondeur. Son centre est situé à 6 centimètres environ de la ligne médiane et à égale distance de la crête iliaque et de la pointe du coccyx (9 centimètres mesurés au compas d'épaisseur à travers les parties molles). Son bord inférieur arrive au niveau de la partie inférieure de l'échancrure sciatique qui se trouve ainsi prolongée en haut.

Sur tout le reste de son étendue, la cavité est limitée par des parois osseuses saines, dans lesquelles on ne voit pas la moindre fissure pouvant correspondre à l'articulation sacro-iliaque.

Les parties molles altérées sont soigneusement réséquées et la plaie est fermée.

Suites. — Les suites furent normales. L'état général du malade s'améliora, il engraisa et, à l'époque où M. Delbet fit sa communication à la Société anatomique (février 1892), *il était presque complètement guéri*. Il ne lui restait qu'une toute *petite fistule* peu profonde donnant à peine quelques gouttes de pus et n'allant pas jusqu'à l'os. Les douleurs sciatiques, bien que très atténuées, n'avaient pas complètement disparu.

RÉFLEXIONS. — Nous renvoyons pour les remarques au sujet de cette observation, de la suivante, de celle portant le n° XXXV et de nos cinq inédites et personnelles (XXXVI-XL), aux développements que nous avons consacrés aux *formes frustes* dans le cours de notre description. Ce que nous pourrions écrire ici ferait double emploi, ce qui nous semble inutile.

OBSERVATION XXVII (1892). — DUPLAY, in PIERRE DELBET,
Bulletin de la Société anatomique, 5^e série, t. V, 1892.

Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque droite, à forme fruste (sciatique rebelle), avec abcès fessier. — Ouverture de l'abcès ; dissection de la membrane tuberculogène. — Trépanation de l'os coxal au niveau de la partie correspondant à l'articulation. — Grattage de fongosités. — Pénétration dans le bassin. — Amélioration suivie très probablement de guérison.

F. H..., homme, entre à la Charité dans le service de M. le professeur Duplay, le 12 janvier 1892.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père mort à 35 ans, de fièvres intermittentes dit le malade. Mère, père, sœur vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Rien dans l'enfance. Pas d'antécédents scrofuleux. Fracture de jambe en 1873 : on en voit les traces.

En 1875, il fut pris d'une pleurésie et resta près de sept mois malade. Il se remit complètement de cette grave atteinte et prétend qu'il n'en a conservé aucune trace.

Affection actuelle. — C'est à la fin de mai 1891 qu'il fut pris de douleurs très vives dans les lombes et dans le membre inférieur du côté droit.

Ces douleurs acquièrent rapidement une acuité extrême, rendant la marche impossible, si bien que le malade se décide à entrer à Laënnec le 2 juin 1891.

On diagnostiqua une *sciatique*, contre laquelle on essaya les vésicatoires, les pointes de feu, le siphonage à différentes reprises, le tout en pure perte.

De ce traitement énergique, le malade n'a conservé que de larges taches pigmentaires qui marbrent son membre inférieur droit.

Le malade perd l'appétit, est pris de diarrhée, s'amaigrit.

Au mois de novembre, il remarque que le décubitus dorsal lui donne des douleurs dans la fesse.

Ces douleurs augmentent ; il est obligé de se coucher sur le ventre, et bientôt il constate l'existence d'une tuméfaction dans la région fes-

sière. Cette tuméfaction s'accroît, devient de plus en plus douloureuse, et le malade se décide à entrer dans un service de chirurgie en janvier 1892.

Examen à l'entrée. — C'est un grand diable, très maigre et très pâle.

Sa santé générale est évidemment très affaiblie. Quand on découvre la région de la fesse, outre les traces pigmentaires dont on a déjà parlé, on voit une tuméfaction ovoïde, à grand axe transversal et horizontal, située à mi-distance entre la crête iliaque et la pointe du coccyx, s'étendant dans le sens transversal depuis la ligne médiane jusqu'à 9 centimètres à droite.

La peau ne présente à ce niveau aucune altération ni dans sa couleur, ni dans sa consistance ; elle est souple et mobile.

La tuméfaction qui est superficielle dans sa partie interne, paraît s'enfoncer dans le muscle fessier en dehors : elle est manifestement fluctuante. Les pressions exercées sur elle déterminent des douleurs assez vives, et il semble que le maximum de douleurs corresponde à la partie interne au niveau de la crête sacrée.

Les pressions transversales violentes exercées sur les os iliaques (signe d'Erichsen) ne déterminent aucune douleur. Il en est de même de la chute sur les ischions (signe de Larrey).

Par le toucher rectal, on ne trouve aucune altération sur la face interne des os de la ceinture pelvienne.

Pas d'engorgement ganglionnaire.

Il n'existe aucune espèce de déformation. Pas de scoliose.

La fesse du côté droit malade, par suite de la présence de l'abcès dont il a été question et d'un peu d'œdème, est plus volumineuse que celle du côté sain, mais le pli fessier n'est pas abaissé et tous les mouvements de l'articulation de la hanche sont libres.

Diagnostic. — Il était aisé de reconnaître que la tuméfaction fluctuante était un abcès froid. Mais quelle était l'origine de cet abcès ? Comme il avait son grand axe transversal, c'est-à-dire perpendiculaire à la direction de la symphyse sacro-iliaque ; comme il n'existait aucun des signes classiques de la sacro-coxalgie, ce diagnostic fut éliminé.

Le maximum de douleurs ayant pour siège la partie interne de l'abcès, la région des tubercules médians qui représentent les apophyses

épineuses des vertèbres sacrées, M. Delbet pensa qu'il s'agissait d'une *ostéite tuberculeuse des apophyses épineuses du sacrum*. Ce diagnostic fut confirmé par le professeur Duplay.

Traitement. — Une ponction suivie d'injection iodée fut d'abord tentée le 17 janvier ; mais le liquide se reproduisit rapidement et, en quelques jours, l'abcès avait atteint des dimensions supérieures à celle qu'il avait auparavant. Aussi l'intervention sanglante fut-elle décidée et le professeur Duplay chargea M. Pierre Delbet de la pratiquer.

Opération par M. Pierre Delbet. — Incision de 9 centimètres sur la partie culminante de la tumeur, à direction transversale, commençant sur la crête sacrée.

L'abcès est ouvert et vidé et on commence alors à disséquer au bistouri la paroi externe.

Cette dissection se fait au travers des fibres musculaires du grand fessier et de son aponévrose d'insertion. Lorsqu'elle est terminée, on remarque qu'il reste une petite fongosité du volume d'une lentille à peine au fond de la plaie, dans sa partie supérieure et externe. On peut l'enlever d'un coup de bistouri, mais cette ablation faite, il en reste encore.

M. Delbet s'aperçoit alors qu'il s'agit là de la section d'un trajet fistuleux et la sonde, introduite dans ce trajet, pénètre à 3 ou 4 centimètres de profondeur dans l'épaisseur de l'os,

Les tissus fibreux sont incisés jusqu'à la surface osseuse, détachés à la rugine et l'orifice situé dans l'os est agrandi avec la gouge et le maillet.

On tombe bientôt dans une cavité fongueuse qui est grattée à la cuillère tranchante ; on est obligé à diverses reprises de reprendre la gouge et le maillet pour ouvrir tous ses diverticules, et, finalement, il reste un tunnel un peu irrégulier, de 2 centimètres et demi à 3 centimètres de diamètre, traversant de part en part la ceinture pelvienne et arrivant par conséquent jusque dans le bassin.

Il n'y avait pas d'abcès intra-pelvien.

La cavité osseuse ainsi creusée a son centre situé à 8 centimètres de la ligne médiane et à mi-distance de la crête iliaque et de la pointe du coccyx (97 millimètres mesurés au travers des parties molles avec

le compas d'épaisseur) : ne pas oublier que le malade est de haute stature.

Suites. — Le malade allait toujours s'améliorant en février, c'est-à-dire quelques semaines après, et était *en voie de guérison*. Toutefois, il souffrait encore de ses douleurs sciatiques.

RÉFLEXIONS. — L'absence des symptômes classiques de la sacro-coxalgie et la direction transversale de l'abcès firent éliminer, à première vue, l'hypothèse d'arthrite bacillaire et on émit celle d'ostéite tuberculeuse des apophyses épineuses du sacrum. Ce n'est que pendant l'opération que l'erreur devint manifeste et que la véritable origine de la suppuration fut découverte et le diagnostic rectifié.

OBSERVATION XXVIII (trad. pers. résüm.) (1893). — P. T. BEALE,
loc. cit.

Péri-arthrite tuberculeuse sacro-iliaque gauche, avec nombreuses fistules tégumentaires. — Ouverture d'une fistule à gauche. — Pénétration dans le bassin à travers l'échancrure sciatique. — Contre-ouverture à droite dans la même région. — Enlèvement de fragments de séquestres sacrés et vertébro-sacrés. — Grattage et nettoyage des autres trajets fistuleux. — Guérison.

Homme, 30 ans, est admis au grand Hôpital central du Nord au commencement de 1892.

Antécédents personnels. — Sont nettement tuberculeux.

Depuis l'âge de 4 ans la coxo-fémorale gauche est ankylosée, il y a une flexion très prononcée du membre inférieur de ce côté sur le bassin.

Affection actuelle. — Date de 12 mois. Le malade a été soumis plusieurs fois au traitement ordinaire, c'est-à-dire ouverture des abcès et grattage des fistules.

Examen à l'entrée. — Il existe 5 ou 6 fistules dans la région fessière gauche et au-dessus de la sacro-iliaque de ce côté. Les signes ordinaires de la localisation tuberculeuse à cet endroit sont manifestes.

Une des fistules laisse écouler du pus caséeux et épais. On la sonde et elle semble se diriger vers la grande échancrure sciatique.

Opération. — Cette fistule est largement ouverte jusqu'à ce que le doigt puisse être introduit au travers de l'échancrure : on sent alors un séquestre en avant du sacrum.

Comme on ne peut extraire ce séquestre par aucun moyen, on incise les téguments à droite (du côté sain), au niveau de la grande échancrure sciatique.

L'index gauche est introduit dans la nouvelle plaie, et elle est agrandie de façon à permettre l'entrée libre du doigt à travers l'échancrure.

L'index gauche est alors introduit dans la plaie gauche et on fait pénétrer, de l'autre côté, des pinces qui broient le séquestre et permettent son extraction par petits fragments.

Les autres fistules conduisant au même endroit furent ouvertes, grattées et drainées.

La forme du séquestre, dit textuellement l'observation, démontra qu'il « était en grande partie formé d'une portion de l'articulation sacro-vertébrale et il semblait que la maladie avait débuté à cet endroit et que la présence du séquestre au-devant du sacrum avait causé la continuation des symptômes ».

Suites. — *Guérison rapide* après l'opération. La marche devient facile.

Plus tard, cependant, le malade est atteint de tuberculose généralisée.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Il ne s'agit pas ici d'une arthrite tuberculeuse sacro-iliaque vraie : c'est plutôt une péri-arthrite, une localisation bacillaire vertébro-sacrée, qui envahit ensuite la face antérieure du sacrum et se serait sûrement frayée un chemin jusqu'à la symphyse, si l'intervention n'y avait mis bon ordre. M. Beale, sans nous les détailler, nous dit d'ailleurs que les symptômes de la localisation bacillaire à cet endroit étaient manifestes.

Une autre chose qui est à signaler, c'est la double opération qu'a dû faire le chirurgien pour dégager le séques-

tre et nettoyer la partie malade. Etant données les difficultés éprouvées, nous croyons que cette conduite était pleinement justifiée.

M. Beale nous parle d'un cas semblable au sien que le professeur Rose de « l'Hôpital du King's college » eut à traiter, il y a quelques mois, et où un séquestre de la partie antérieure du sacrum fut également enlevé.

Il cite encore un autre cas publié, sans nous dire où, dans lequel une nécrose de cette région existait en même temps que « l'arthropathie sacro-iliaque ».

En somme, ce chirurgien conclut à l'examen constant, dans ces cas-là, de la face antérieure du sacrum, et dit que là est souvent le point de départ de la maladie. C'est précisément l'opinion que, nous inspirant des leçons de M. Pierre Delbet, nous avons soutenue.

OBSERVATIONS XXIX-XXXI (trad. pers.) (1893). — GOULD, *Clin. soc. of London, Lancet*, 1893, I, 591.

XXIX. — Jeune femme, 24 ans.

Arthropathie sacro-iliaque droite (tuberculeuse.... ?)

Petit abcès, ouvert et lavé deux fois au sublimé, puis injection d'émulsion d'iodoforme.

Ce traitement ne donnant aucun résultat, le chirurgien gratta complètement la cavité (de l'abcès... jusqu'à l'articulation, sans doute ?) et la guérison parfaite fut obtenue.

XXX. — Homme, 60 ans.

Deux larges abcès à la région fessière, le supérieur communiquant avec l'articulation sacro-iliaque.

Les abcès sont ouverts et grattés ainsi que l'articulation. Une *fistule* persiste après ce traitement.

Ce malade avait des antécédents tuberculeux.

XXXI. — Jeune femme au-dessous de 30 ans.

Abcès communiquant avec l'articulation sacro-iliaque gauche.

Fuision et extraction aussi complète que possible de toute la portion d'os dénudé.

La *mort* s'ensuivit et on remarqua, à l'*autopsie*, qu'une grande partie du sacrum et de l'ilion était envahie par la carie....

RÉFLEXIONS. — Ces trois courtes observations ont été relatées au cours de la discussion qui fit suite à la communication de M. Makins à la Société clinique de Londres.

Dans le premier cas, nous avons admis, sur la foi du diagnostic, que le chirurgien avait atteint l'articulation pour la gratter quoiqu'il ne le dise pas formellement. Ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est l'excellent résultat obtenu.

L'intervention, dans le second cas, est plus nette. Notons qu'il s'agissait, cette fois, d'un sujet âgé : il avait 60 ans. La persistance de la fistule n'a donc rien d'extraordinaire.

Dans le dernier cas, une jeune femme était en cause, et l'opération n'empêcha pas l'issue fatale. Constatons cependant que celle-ci s'est produite parce que les lésions intra-pelviennes étaient passées inaperçues et que l'opérateur ne pénétra pas jusque dans le bassin pour le nettoyer. L'évolution du foyer intra-pelvien produisit, sans aucun doute, une infection générale mortelle.

OBSERVATION XXXII (trad. pers.) (1893). — GOLDING BIRD, *loc. cit.*

Arthrite sacro-iliaque droite supposée tuberculeuse (?), précédée de chute sur la région. — *Trépanation de l'articulation au niveau de la base de l'épine iliaque postéro-inférieure.* — *Présence d'adhérences et de débris de cartilage intra-articulaire.* — *Guerison : disparition des douleurs.*

Mlle B..., 30 ans.

Affection actuelle. — En mai 1893, à la suite d'un accident de voiture, la malade tomba sur le dos. Elle n'eut pas beaucoup de mal et y pensait très peu lorsque, deux mois après, elle commença à souffrir d'une façon persistante de la région lombaire.

Premier examen. — Rien à la colonne vertébrale. La douleur était unilatérale et pas centrale. Pas de signes subjectifs ou objectifs ordinaires d'arthropathie sacro-iliaque. Cependant, en pressant très fortement sur la naissance de l'épine iliaque postéro-inférieure du côté malade, on accuse de la sensibilité.

Le diagnostic porté à ce moment fut celui d'arthrite de la sacro-iliaque droite causée par l'accident, et, la persistance de la douleur, jointe à l'historique et à l'apparence de la malade, suggéra l'hypothèse d'infection tuberculeuse.

2^e examen. — Les soins dont on l'avait entourée avaient contribué à améliorer son état, mais bientôt elle se négligea et, en mars 1895, M. G. Bird remarque, qu'après un séjour de plusieurs mois au lit, les signes locaux (1) s'étaient aggravés, mais qu'il n'y avait encore aucun symptôme objectif.

Opération. — Quelque temps après, l'opération est pratiquée suivant la méthode habituelle (Voir page 132 et obs. suivante).

On trouve une articulation remplie d'adhérences « comme en état de réparation », et des signes évidents de désorganisation par suite de la présence de débris de cartilage.

(1) Ce chirurgien veut sans doute dire que la douleur à la pression à l'épine iliaque postéro-inférieure était plus violente, puisqu'il n'avait précédemment rien constaté autre que ce symptôme.

On ne trouve « aucune preuve de tuberculopathie quoiqu'il eût pu en être ainsi ».

Suites. — Réunion par première intention. Quinze jours après disparition complète de tout symptôme articulaire.

Plus tard, le chirurgien apprend que la malade *va très bien* et que « tout symptôme d'arthropathie sacro-iliaque a disparu quoiqu'il y ait des raisons de soupçonner l'existence d'un foyer tuberculeux dans la partie dorso-lombaire de la colonne vertébrale ».

RÉFLEXIONS. — Voir pages 132 et 133 où nous avons fait des réserves sur la précocité de l'opération dans les cas de ce genre.

OBSERVATION XXXIII (trad. pers.) (1894). — GOLDING BIRD, *loc. cit.*

Arthropathie sacro-iliaque droite, peut-être d'origine tuberculeuse. — *Exploration de l'articulation par trépanation de l'os coxal.* — *Enlèvement de magma jaunâtre, de fongosités et de débris de cartilage.* — *Guérison.*

Louisa W..., entre à Guy's Hôpital le 21 mai 1894.

Affection actuelle. — A été prise, il y a un an et sans traumatisme d'aucune sorte, de douleurs violentes dans la région sacro-iliaque droite. Elle vaque quand même à ses occupations. Enfin, la douleur devient intolérable et l'amène à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — Elle accuse tous les symptômes subjectifs ordinaires de l'arthropathie sacro-iliaque : la pression indirecte des épines iliaques antérieures et supérieures cause de la douleur ; elle souffre tout particulièrement lorsqu'on appuie sur l'épine iliaque postéro-inférieure à sa naissance.

Il n'existe aucun symptôme objectif et local quelconque.

L'exploration de l'articulation est décidée.

Opération. — L'article est attaqué par la voie coxale, suivant le procédé de ce chirurgien (Dissection d'un lambeau de peau demi-circulaire au-dessous de la partie supérieure de la crête iliaque ; section des fibres musculaires des fessiers ; mise à nu de l'os et trépanation à la base de

l'épine iliaque postéro-inférieure sur une ligne allant du sommet de cette épine au point de réunion du tiers antérieur et du tiers moyen de la crête iliaque) et une rondelle d'os détachée au trépan. Cette ouverture est agrandie, et on enlève facilement un magma, couleur peau de chamois, qui couvrait les surfaces articulaires.

On extrait également des fongosités et des débris de cartilage ; *mais aucune maladie ou ramollissement de l'os, soit sacré, soit coxal ne peut être décelé.*

La plaie est fermée sans drain.

Suites. — Il se fit une réunion par première intention et la malade sortit 8 semaines après (18 juillet 1894) avec des béquilles et pourvue de l'appareil immobilisateur de Thomas.

Elle garda cet appareil 6 mois ; mais c'était là un excès de précaution.

Suites éloignées. — La malade, vue pour la dernière fois en janvier 1895, *se portait très bien* et vaquait à ses affaires comme d'habitude.

RÉFLEXIONS. — Dans quel état était ici la synoviale ? Était-elle disparue pour faire place aux fongosités ou existait-elle concurremment avec celles-ci ? L'opérateur ne nous en dit rien et nous ne pouvons que faire des hypothèses.

Ce qu'il y a de certain, c'est que les surfaces osseuses étaient saines et, d'après ce que nous savons de la fréquence de la localisation bacillaire à l'os et de sa rareté — si tant est qu'elle existe — à la synoviale, nous sommes porté à émettre des doutes quant à l'origine tuberculeuse dans ce cas.

OBSERVATION XXXIV (trad. pers.) (1894). — GOLDING BIRD, *loc. cit.*
Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque droite à début sciatique avec deux abcès, l'un antérieur et l'autre postéro-inférieur. — Trépanation de l'articulation par la voie coxale. — Grattage et nettoyage complet de l'article et des poches purulentes. — Guérison.

Jean H..., 29 ans.

Affection actuelle. — Après avoir souffert pendant quelque temps d'une *névralgie sciatique*, le malade se présenta, en mai 1894, à Guy's Hôpital, dans la section des malades externes.

On traita sa sciatique par l'électricité et il en résulta un peu de soulagement.

Quatre mois plus tard, comme il n'y avait aucune amélioration réelle, on l'admit dans une salle de médecine, où il fut encore traité, mais inutilement.

On l'adresse à un chirurgien qui soupçonne une arthropathie sacro-iliaque et le renvoie chez lui muni d'un spécâ plâtré.

Trois mois plus tard (le 17 janvier 1895), il entra dans les salles de M. G. Bird.

Examen à l'entrée. — On constate tous les signes d'arthropathie (1) sacro-iliaque droite : on provoquait de la douleur par pression directe et indirecte, dit l'observation, mais le symptôme le plus accentué était une *sciatique constante et très douloureuse*.

Pas de signe objectif local.

Opération. — Le 25 janvier 1895, suivant la méthode déjà décrite (Voir page 132 et obs. précédente).

Dans la jointure qui était désorganisée, on trouva des séquestres, des débris de cartilage et des fongosités. La surface articulaire sacrée était molle et se laissait facilement gratter avec une curette d'acier.

Il n'y avait pas de pus dans la cavité articulaire, mais en écartant les os l'un de l'autre une quantité de pus évaluée à plusieurs grammes pénétre dans la cavité venant de deux endroits : 1° d'une poche antérieure, sous-péritonéale, située tout près du ligament ilio-lombaire ;

(1) Arthropathie tuberculeuse (O. N.).

2° de la partie postérieure au niveau du point de sortie du nerf grand sciatique.

Quelques fibres du grand ligament sacro-sciatique sont sectionnés et les deux poches purulentes soigneusement grattées.

La plaie est fermée sans drainage.

Suites immédiates. — Une réunion primitive s'ensuivit en même temps que se calmèrent tous les symptômes antérieurs.

Suites éloignées. — A la fin de la 7^e semaine, le malade peut se tenir debout à l'aide de béquilles ; quelques jours plus tard, il quitta celles-ci pour se servir de cannes.

Au bout de la 9^e semaine, il put marcher et s'asseoir de ci, de là, dans la salle.

Actuellement (juillet 1895) *il est parfaitement bien.*

Pendant toute la durée de la convalescence aucun support, sauf une solide ceinture pelvienne, ne fut employé.

RÉFLEXIONS. — Ce cas rentre dans le nombre de ceux où l'opération est désirable et nous comprenons fort bien que le chirurgien y ait eu recours, puisque les « signes ordinaires de la maladie existaient ». D'ailleurs, les prévisions furent confirmées par les résultats de l'intervention puisqu'on découvrit, outre les lésions articulaires, deux abcès communiquant avec celles-ci.

Ce que nous cherchons à bien faire comprendre, c'est que nous ne sommes pas ennemi de l'exploration articulaire précoce, mais nous voulons, avant qu'on ait recours à ce moyen, soit que les symptômes principaux de la sacro-coxalgie classique aient été notés, ou bien que *la sciatique et l'empâtement interne ou externe des formes frustes existent.*

Plus tard, de nouvelles méthodes permettront sans doute de faire le diagnostic de meilleure heure encore, et l'indication opératoire s'en ressentira en conséquence.

Notons ici une chose dont nous n'avons pas encore parlé : Golding Bird, après avoir trépané l'os coxal jusqu'à l'articulation, fait pénétrer entre les deux surfaces de celle-ci, un instrument (sorte de crochet ou d'écarteur) et déclare pouvoir, en tirant sur cet instrument, effectuer une séparation suffisante des deux os permettant le nettoyage de la cavité. N'ayant pas vu expérimenter ce procédé, nous ne pouvons nous prononcer quant à sa valeur, mais, à première vue, étant donnée la puissance des ligaments interosseux, nous avouons que cet écartement nous paraît difficile à obtenir.

OBSERVATION XXXV (prise par F. BARADUC) (1894). — PIERRE DELBET, De la sacro-coxalgie partielle. *Presse médicale*, 11 août 1894, n° 32.

Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque gauche à forme fruste (névralgie sciatique) avec abcès postérieur. — Présence de fongosités en avant de l'articulation. — Incision tégumentaire. — Ablation des épines iliaques postérieures. — Grattage et nettoyage de la poche, de la cavité articulaire et de la partie pelvienne pré-articulaire. — Mort.

Homme, 33 ans, tailleur.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Sœur morte de méningite en bas âge.

Antécédents personnels. — Réformé pour faiblesse de constitution. Récemment traité dans le service du professeur Potain pour bronchite suspecte.

Affection actuelle. — Commença à souffrir de la région fessière gauche vers le milieu de l'année dernière (1893). Dut garder le lit pendant 3 mois pour une *névralgie sciatique*, avec prédominance douloureuse aux points d'élection, avec paroxysmes provoqués par la marche et même par la position assise.

Le calme s'était rétabli, lorsqu'en janvier de cette année, la névral-

gie reparut plus intense que la première fois et s'irradiant à tout le membre inférieur.

En février, le malade constata l'apparition d'une tuméfaction de la région fessière gauche : en une quinzaine de jours, cette tuméfaction augmenta notablement de volume, commença à rougir et devint le siège de phénomènes inflammatoires qui se terminèrent par une ouverture spontanée : depuis, il existe un trajet fistuleux qui donne lieu à un écoulement assez abondant.

Examen à l'entrée. — Il s'agit d'un grand gaillard, affaibli, pâle et maigre, d'apparence chétive.

On constate une augmentation de volume en masse de la région fessière gauche et une fistule assez large, à bords bleuâtres, nets et comme taillés à l'emporte-pièce, dont le siège se trouve un peu au-dessous de l'épine iliaque postérieure et supérieure et qui donne issue à du pus séreux, grumeleux, en assez grande abondance.

L'exploration du trajet fistuleux, faite au moyen d'un stylet, montre plusieurs diverticules. On pénètre aisément en bas et en dehors, facilement aussi en avant et en dedans et, dans cette dernière direction, la sonde cannelée disparaît presque complètement. Nulle part l'instrument n'arrive au contact d'un os dénudé.

Le toucher rectal et la palpation abdominale de la fosse iliaque ne donnent aucun renseignement.

Le malade ne souffre pas. Toute douleur a disparu depuis l'évacuation de l'abcès. Seule l'épine iliaque postérieure et supérieure se montre sensible au toucher.

Pas de signe d'Erichsen ou de Volkmann. Pas de signe de Larrey. La marche est normale ; pas d'attitude vicieuse.

Examen de la poitrine. — Le malade tousse et a des lésions pulmonaires : au sommet droit, la respiration est obscure ; au sommet gauche, elle est rude et soufflante.

Diagnostic. — Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque gauche avec abcès fessier ouvert spontanément.

Opération. — Très longue incision transversale s'étendant des apophyses épineuses des 4^e et 5^e vertèbres lombaires et suivant la crête iliaque jusqu'à la partie antérieure de la fosse iliaque externe : la collection purulente se vide.

Les parois de la poche sont grattées, les fibres musculaires du fessier sectionnés, M. Pierre Delbet arrive à l'os coxal dont il abrase les épines postérieures.

On pénètre dans l'articulation et jusque dans le bassin où on trouve des fongosités. Celles-ci, de même que des débris purulents de toutes sortes et des séquestres sont enlevés, grattés, et la cavité est complètement nettoyée.

Badigeonnage au chlorure de zinc. La plaie est drainée avec une mèche de gaze iodoformée, laissée ouverte et pansée antiseptiquement.

Suites immédiates. — Le malade paraît se trouver bien de l'opération. Il mange avec assez d'appétit. La plaie suppure et bourgeonne difficilement.

Suites éloignées. — Dépérissement graduel du sujet. La plaie a mauvaise apparence ; il s'en écoule un pus sanieux et mal lié. Des eschares se forment dans la région et trois mois plus tard le malheureux meurt dans le marasme.

RÉFLEXIONS. — Ce malade et le suivant sont les deux seuls, parmi ceux opérés par Pierre Delbet, dont la mort est survenue trois mois environ après l'opération. Nous nous rappelons fort bien cet homme que nous avons aussi eu l'occasion de suivre. Il était faible et très chétif quoique parfaitement en état de supporter une intervention.

Sa fin doit certainement être imputée à la généralisation de sa tuberculose.

OBSERVATION XXXVI (première observation personnelle et inédite)
(1894). — PIERRE DELBET.

Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque gauche à forme fruste (névralgie de la région sciatique), avec abcès fessier volumineux et lésion de la face intra-pelvienne du sacrum et de l'os coxal.

Ouverture de l'abcès. — Grattage. — Trépanation de l'os coxal et de l'articulation. — Pénétration dans le bassin. — Enlèvement aussi complet que possible des détritux tuberculeux. — Amélioration opératoire.

E. L..., 46 ans, commissionnaire.

Entre, le 3 mai 1894, à l'hôpital Laënnec, salle Malgaigne.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — A eu, dans son enfance, une ostéomyélite du tibia qui a très bien guéri.

Plus tard, a eu la fièvre typhoïde dont il s'est également bien remis.

Affection actuelle. — Il y a cinq mois, le malade ressent, sans cause apparente, des douleurs dans la région sacro-lombaire gauche.

Ces douleurs, très vives, durèrent plusieurs semaines. Elles s'irradiaient dans la fesse et le *long du nerf sciatique*.

On crut à une simple névralgie et on lui fit, sans succès, des applications répétées de pointes de feu.

Le malade souffrait en marchant et, particulièrement, lorsqu'il appuyait sur le sol le talon du membre du côté malade (gauche).

Il est obligé de cesser tout travail.

Les douleurs persistaient souvent la nuit au point d'empêcher le sommeil ; pour jouir d'un repos relatif, le malade était obligé de se coucher sur le côté sain.

Bientôt une tuméfaction apparaît à la région sacro-fessière et, au fur et à mesure qu'elle augmente de volume, le malade souffre de moins en moins.

Il ne tarde pas à marcher sans souffrance aucune, et son sommeil redevient calme.

Cependant, il accuse toujours de la faiblesse dans les jambes et, comme sa tuméfaction continue à grossir, il entre à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — C'est un homme de taille ordinaire, maigre, pâle, à l'air fatigué et qui paraît avoir des habitudes éthyliques.

Il présente à gauche, à la partie inférieure de la région lombaire, une tuméfaction volumineuse, fluctuante et très irrégulière, mais dont la direction générale n'est nullement en rapport avec celle de l'interligne articulaire sacro-iliaque.

La douleur spontanée n'existe pas ; tout au plus en détermine-t-on un peu lorsqu'on comprime la région malade.

Les mouvements de l'articulation sacro-coxale sont libres.

Le choc sur le talon ne provoque de douleur nulle part.

Si on fait marcher le malade, on remarque que les plis fessiers sont à la même hauteur et qu'il n'y a pas de claudication.

Le toucher rectal ne révèle rien d'anormal dans le bassin.

Pas de signe de Larrey.

Pas de signe d'Erichsen ou de Volkmann.

Pas d'attitude vicieuse.

Examen de la poitrine. — N'indique rien de net au point de vue pathologique.

Diagnostic. — Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque gauche, à forme fruste, avec abcès fessier volumineux.

Opération. — Le 22 mai 1894, par M. Pierre Delbet :

Incision fessière transversale, suivant le plus grand diamètre de la poche. Nettoyage et grattage des parois de l'abcès.

On sectionne les fibres musculaires et on arrive sur l'os coxal qu'on gratte également.

Un orifice conduit dans l'articulation et, à travers le sacrum, jusque dans le bassin. Ce conduit est agrandi : des fongosités, des séquestres, des détritres de toutes sortes sont enlevés ; on va même gratter les parties ramollies du sacrum et de l'os coxal sur la face qui regarde le petit bassin.

La plaie, touchée au chlorure de zinc au dixième et lavée, n'est pas refermée.

Drainages avec de la gaze iodoformée et pansement antiseptique.

Suites. — Le malade paraît bien aller au début. Son état s'améliore : il se sent plus fort, mange avec appétit.

La plaie, régulièrement pansée, a bonne mine.

Au bout de quelques semaines cependant, son état s'aggrave : il se sent de plus en plus faible, perd tout appétit, tombe dans le marasme et *meurt* le 28 août, c'est-à-dire plus de trois mois après l'opération.

Son autopsie n'est malheureusement pas faite.

RÉFLEXIONS. — Ici, également, il s'agissait d'un sujet dont les antécédents n'indiquaient pas une vaillance à toute épreuve. Il avait souffert d'une ostéomyélite et d'une fièvre typhoïde et, lorsqu'il entra à l'hôpital, il était plutôt faible et émacié quoique l'examen de la poitrine n'indiquât rien de bien net au point de vue pathologique.

La mort est évidemment due à une généralisation bacillaire.

Notons que, comme son prédécesseur immédiat, il survécut trois mois à l'acte chirurgical.

OBSERVATION XXXVII (deuxième observation personnelle et inédite).

— PIERRE DELBET.

Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque gauche à forme fruste (névralgie dans le domaine du sciatique), avec abcès sacro-fessier à direction transversale. — Incision et grattage de la poche. — Trépanation de l'articulation. — Résection des parties osseuses malades et du bord supérieur de la grande échancrure sciatique. — Nettoyage jusque dans le bassin. — Guérison avec persistance de fistule superficielle.

J. B..., 37 ans, polisseur, entre à l'hôpital Laënnec, salle Malgaigne, le 25 juillet 1894.

Les notes prises sur ce malade, sauf celles concernant l'opération, ont été malheureusement égarées ; mais nous pouvons affirmer les détails suivants :

Il s'agissait d'un homme de constitution faible qui, avant son entrée à l'hôpital, avait souffert, pendant de longues semaines, d'une *névralgie*

dans le domaine du sciatique rebelle à tout traitement, alors qu'en même temps il se plaignait de douleurs plus ou moins vives au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche.

Ces douleurs diminuèrent notablement, aussitôt qu'un abcès apparut à la partie inférieure de la région lombaire ; puis, elles finirent même par disparaître complètement.

Examen à l'entrée. — A ce moment, les signes cardinaux de la sacro-coxalgie faisaient défaut. Il y avait un peu de douleur à la pression au niveau de la région malade, et c'était tout. La collection purulente était plutôt volumineuse.

On ne constatait :

Ni signe de Larrey ;

Ni signe d'Erichsen ou de Volkmann ;

Ni attitude vicieuse.

Le toucher rectal, il nous semble bien aussi, avait été négatif.

Diagnostic. — On diagnostiqua : sacro-coxalgie fruste siégeant à gauche, avec abcès sacro-fessier superficiel.

Opération. — Le 3 août par M. Delbet.

La peau est incisée et on constate qu'elle est envahie par le processus tuberculeux. Le muscle fessier baigne dans le pus. Ses fibres sont incisées et les parois de la poche soigneusement grattées.

On arrive bientôt sur l'articulation. On travaille avec le ciseau, le maillet, la gouge à lunette.

L'articulation est ouverte et nettoyée. Les parties osseuses malades et ramollies réséquées. On atteint ainsi le bord supérieur de la grande échancrure sciatique qui est également réséquée. En un mot, tout ce qui n'est pas sain est enlevé.

On perçoit à un moment les gros vaisseaux du bassin qui sont protégés par le grand ligament sciatique.

La plaie est touchée au chlorure de zinc, puis fermée et pansée à l'iodoforme.

Suites. — Le malade sort le 21 août, *guéri*, c'est-à-dire près de 3 semaines après l'opération. Il conserve toutefois une *petite fistule superficielle*.

RÉFLEXIONS. — Il y a quelque temps, nous avons cherché à retrouver ce malade afin qu'il aidât notre mémoire et nous permit de reconstituer complètement son observation. Nous apprîmes qu'il était mort, en décembre 1895 (17 mois après l'opération), de tuberculose généralisée.

OBSERVATION XXXVIII (3^e observation personnelle et inédite)
(1895). — PIERRE DELBET.

Sacro-coxo-tuberculose fruste gauche (névralgie le long du sciatique), avec abcès postérieur s'étendant transversalement à la fosse iliaque externe. — Ponction à deux reprises de la collection suivie d'injection d'éther iodoformé, sans résultat. — Longue incision horizontale. — Grattage de la poche. — Mise à nu de la partie postérieure de l'os coxal. — Trépanation de l'articulation jusque dans le bassin. — Extraction de fongosités. — Nettoyage complet. — Guérison (fistule superficielle ayant tendance à se fermer).

A. L..., 39 ans, commis d'architecte, entre le 17 septembre 1895 à l'hôpital Laënnec, salle Malgaigne, lit n° 6.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père mort à 74 ans d'une affection de l'estomac. Mère bien portante. Sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Orite à 6 ou 7 ans, vite guérie.

À eu, il y a 6 ou 7 ans, des adénites suppurées. Porte, en effet, des cicatrices à la région cervicale gauche.

Affection actuelle. — En février, en descendant un escalier, le malade fait une chute sur la région lombaire. Cette chute est peu douloureuse et il n'y attache aucune importance.

Peu après, cependant, il éprouve de temps en temps une sensation de fatigue au niveau de la région qui le rend mou au travail.

En mai, sans autre cause apparente, il commence à souffrir de la partie postérieure de la cuisse gauche, le long du *sciatique*.

Environ une quinzaine de jours après, la douleur se manifeste à la région fessière.

Cette douleur, gravative et sourde, est tantôt continue, tantôt intermittente.

La marche est normale et peu douloureuse. Cependant, après une longue course, toute douleur disparaît pour se montrer plus tard après un repos plus ou moins prolongé.

Lorsqu'il monte un escalier, la douleur s'exagère au niveau de la fesse.

Il y avait déjà à cette époque (juin), dit le malade, un point particulièrement douloureux à la pression au niveau de la partie supérieure de l'interligne articulaire sacro-iliaque, à gauche.

Le matin, il se sentait quelquefois courbaturé le long de la colonne et éprouvait le besoin de s'étendre.

Le malade va consulter et on lui ordonne du bromure de potassium et des bains de Barèges.

Vers le milieu de juillet, apparition d'un gonflement à la partie externe de la région lombaire gauche. Le gonflement s'étend ensuite peu à peu vers la partie interne de la région.

A cette époque les douleurs cessent pour ne plus se montrer que lorsque le malade veut croiser la jambe gauche sur la droite ou bien grimper après une échelle, ou encore monter sur un trottoir.

En août, il va faire un voyage en Suisse, et là procède à de longues courses et à des ascensions avec la plus grande aisance.

Au retour de son excursion, c'est-à-dire vers les premiers jours de septembre, il éprouve une nuit une douleur très vive, épouvantable dit-il, à la région malade.

Cette douleur ne se renouvelle pas. Il continue à très bien marcher, voire même à courir pour prendre l'omnibus.

Il va consulter pour la seconde fois, et on lui prescrit des badigeonnages à la teinture d'iode et des bains sulfureux.

Cette thérapeutique ne produisant aucun effet et le gonflement augmentant, le malade entre à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — C'est un homme chauve à visage pâle et bouffi. Il est de taille moyenne et sa poitrine paraît bien développée ; mais les téguments sont d'un blanc mat et les chairs du tronc et des membres ont la mollesse et la flaccidité des chlorotiques.

Il y a, dans la région lombaire gauche, une tuméfaction volumineuse, à bords assez nets, molle et fluctuante.

Cette tuméfaction s'étend parallèlement à, et au-dessous de la crête iliaque, de la partie antérieure de la fosse iliaque externe jusqu'aux apophyses épineuses des 4^e et 5^e vertèbres lombaires.

La région tuméfiée n'est pas douloureuse, sauf en un point situé au milieu.

La cuisse et les parties avoisinantes ne sont pas douloureuses non plus.

La flexion du tronc sur la cuisse ne détermine aucune douleur. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont également indolores.

On provoque cependant une légère douleur de la région malade (le point précis ne peut être indiqué par le patient) lorsque, après flexion de la cuisse, on porte le membre inférieur en abduction.

Le toucher rectal ne donne aucune indication.

Pas de claudication ou d'attitude vicieuse.

Pas de signe de Larrey.

Pas de signe d'Erichsen ou de Volkmann.

Examen de la poitrine. — Respiration obscure des deux côtés, surtout à gauche.

Diagnostic. — Sacro-coxalgie fruste avec abcès postérieur s'étendant à la fosse iliaque externe gauche.

Traitement. — *Le 19 septembre*, ponction avec l'appareil de Dieulafoy suivie d'une injection de 4 centimètres cubes de glycérine iodoformée.

Le 4 octobre. — Nouvelle ponction. On retire environ 60 centimètres cubes de pus. Injection dans la cavité de 4 centimètres cubes de glycérine iodoformée.

Le résultat n'étant pas favorable, et la fluctuation se manifestant de nouveau, une intervention sanglante est décidée.

Opération. — Par M. Pierre Delbet, le 18 octobre 1895. — Large incision de 30 centimètres environ partant de la partie antérieure de la fosse iliaque externe gauche, un peu au-dessous de la crête iliaque, et se dirigeant horizontalement en arrière jusqu'au niveau de l'apophyse épineuse de la 4^e vertèbre lombaire : un flot de pus séreux de couleur noirâtre s'écoule.

La poche est grattée avec la curette tranchante.

En cherchant attentivement, on finit par découvrir, entre l'épine

iliaque postéro-supérieure et l'échancrure sciatique, un pertuis conduisant profondément à la région malade.

Les insertions musculaires voisines sont coupées. On arrive sur un séquestre qu'on enlève et qui met à nu une cavité remplie de fongosités, de débris purulents, s'étendant jusqu'à l'articulation et même, en avant de celle-ci, dans le bassin.

Cette cavité est débarrassée, nettoyée à la gouge et à la curette.

La plaie est badigeonnée avec une solution de chlorure de zinc à 1/10, puis lavée au sublimé et suturée.

26 octobre. — Enlèvement des fils. La réunion paraît faite, sauf en un tout petit point. A partir de cette date, les pansements sont effectués à intervalles réguliers.

Sortie le 12 novembre avec une petite fistule.

Suites éloignées. — 15 janvier. — *Le malade va bien.* Il vaque parfaitement à toutes ses occupations sans douleur et sans fatigue.

La petite *fistule superficielle* persiste et laisse suinter un peu de liquide séreux. Il vient se faire panser, depuis sa sortie, tous les 3 ou 4 jours : injection de teinture d'iode pour hâter la fermeture du conduit.

Traitement général : huile de foie de morue créosotée.

15 mars. — L'homme marche toujours avec la plus grande facilité. Il croise très bien la jambe gauche sur la droite. Son état général paraît bon et il travaille, dit-il, avec tout autant d'énergie qu'avant de tomber malade.

La petite fistule existe encore mais elle est moins profonde. Injections alternatives de teinture d'iode et de chlorure de zinc à 1/10. Continuation des pansements et du traitement général.

RÉFLEXIONS. — C'est un des meilleurs résultats que M. Pierre Delbet ait obtenus. Notre homme, qui exerce une profession des plus fatigantes, puisqu'il est commis d'architecte, et court perpétuellement par voie et par chemin, notre homme, disons-nous, a l'air de se porter à merveille. Il ne souffre plus, fait même des courses relati-

vement longues sans fatigue, et grimpe sur les toits sans difficulté.

La fistule sera très probablement cicatrisée avant longtemps.

Le traitement général ne contribue pas peu à le fortifier. Il prend une nourriture saine et, à l'intérieur, de l'huile de foie de morue créosotée.

OBSERVATION XXXIX (4^e observation personnelle et inédite) (1895).—

PIERRE DELBET.

Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque gauche à forme fruste (névralgie de la région sciatique) avec deux abcès : l'un postérieur au niveau de la masse sacro-lombaire ; l'autre antérieur accessible par le toucher rectal. — Incision de la collection postérieure. — Trépanation du sacrum, de l'ilion, de la cavité articulaire jusque dans le bassin. — Extraction de fongosités, de séquestres et de débris tuberculeux de toutes sortes. — Amélioration avec persistance de fistule tendant vers la guérison.

J. M..., 28 ans, cimentier, entre le 11 novembre 1895, à l'hôpital Laënnec, salle Malgaigne.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père mort à 50 ans d'hémorrhagie cérébrale. Mère bien portante. Sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Influenza, il y a 3 ans. A souffert, il y a quelques années, d'adénites suppurées à la nuque. Cicatrices.

A eu, vers l'âge de 22 ans, un abcès à la marge de l'anus qui s'est ouvert spontanément et a bien guéri.

Affection actuelle. — Le malade se plaint d'avoir eu, en 1894, des douleurs assez vives, qu'il attribua au rhumatisme, dans le membre inférieur droit, accompagné d'un léger gonflement de la cuisse.

Ces phénomènes durèrent plusieurs mois et allèrent en s'affaiblissant jusque vers avril ou mai de cette année, époque à laquelle elles disparurent. Cependant, à cette époque, il commença à se sentir plus fatigué que d'habitude après des mouvements un peu excessifs.

Il était parfois obligé de s'arrêter au cours de son travail parce que son membre inférieur gauche devenait plus faible.

Il commença peu à peu à souffrir en marchant ; cette douleur cessait quand il se tenait tranquille et il pouvait bien s'asseoir.

Au commencement du mois dernier (octobre), il éprouve subitement une douleur plus vive que d'habitude à la fesse gauche. Il se rend quand même à son travail.

A partir de ce moment, les douleurs qu'il ressent sont plus marquées après la marche, surtout le soir.

Elles sont continuelles ou intermittentes : parfois elles sont tellement vives qu'elles l'empêchent de dormir.

Ces douleurs n'ont fait qu'augmenter depuis ces quinze derniers jours. Elles sont surtout perçues au niveau de la fesse et s'irradient à l'aîne, le long de la face postérieure de la cuisse jusque dans la jambe gauche (tout le long du nerf sciatique, en un mot), et même le pied où le malade ressent des fourmillements.

Peu à peu, il arrive à souffrir des deux côtés : les douleurs à droite sont cependant moins fortes qu'à gauche.

Il entre à Laënnec et est reçu dans le service de M. Oulmont.

Ce médecin, frappé de la douleur persistante accusée par le malade à la région lombaire et de son état fébrile que rien n'explique, pria M. Delbet de l'examiner.

A la suite de cet examen, le malade est passé en chirurgie.

Examen à l'entrée. — L'homme est plutôt grand, maigre, pâle et ne paraît pas très fort. Il boite un peu en marchant, ne traîne pas le pied du côté gauche, mais l'appuie moins fort que l'autre sur le sol.

Il y a une légère tuméfaction à la région lombo-sacrée à gauche.

Le bassin n'étant pas fixé, les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse gauche sur le bassin, ainsi que les mouvements d'adduction sont douloureux. Si, au contraire, les deux os coxaux sont solidement maintenus par un aide, les mêmes manœuvres du membre inférieur sont presque indolores.

Pour s'asseoir dans son lit, le malade place les cuisses en demi-flexion et abduction.

Lorsqu'il se couche sur le dos, il ne souffre que s'il cherche à se remuer.

Il ne peut soulever son talon du lit.

L'extension complète étant douloureuse, le malade abandonné à lui-même, se couche en chien de fusil sur le côté sain (droit).

Il n'y a pas de douleur spontanée au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, mais la douleur provoquée par la pression est très vive. La même région du côté droit est aussi sensible à la pression.

A part un léger degré de flexion de la cuisse sur le bassin du côté malade, il n'y a pas d'attitude vicieuse.

Pas de signe de Larrey.

Pas de signe d'Erichsen ou de Volkmann.

Examen de la poitrine. — Affaiblissement du murmure vésiculaire à droite. Expiration soufflante à gauche.

Diagnostic. — Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque gauche avec deux abcès : l'un postérieur faisant une saillie appréciable du côté de la peau au niveau de la masse sacro-lombaire, l'autre antérieur accessible par le toucher rectal, situé très haut, à bout de doigt.

Opération par M. Pierre Delbet le 29 novembre 1895. — Incision verticale de 20 centimètres se dirigeant de l'épine iliaque postéro-supérieure jusque vers la partie inférieure de la fesse, à huit centimètres de et parallèlement à la crête sacrée.

L'abcès superficiel est ouvert. Il s'écoule un flot de pus. L'os est dénudé au voisinage de l'épine iliaque postéro-supérieure. Le pus arrive de tous côtés.

La poche est soigneusement curetée et, en explorant le fond de la plaie, on trouve un petit pertuis communiquant avec l'articulation et l'abcès antérieur. Cette ouverture est agrandie à l'aide du ciseau et, après cette trépanation qui empiète, bien entendu, sur l'aileron du sacrum, des fongosités, des petits séquestres et autres débris purulents sont enlevés à la curette. Le puits ainsi creusé jusque dans le bassin est complètement détergé.

En introduisant le doigt dans le canal osseux, on sent battre, sur la face antérieure du sacrum, les gros vaisseaux iliaques.

Lavage antiseptique de la plaie qui est laissée largement ouverte. On place seulement quelques points de suture à la partie inférieure. Pansement à l'iodoforme.

Suites. — Depuis, la cicatrisation s'est faite progressivement et le malade a repris peu à peu des forces.

Suites éloignées 15 février 1896. — *Le malade va aussi bien que possible.* Il reste une petite fistule dans laquelle on injecte de la teinture d'iode et qu'on panse deux fois par semaine.

15 mars. — L'état général est bon. La région où a porté l'opération n'est pas douloureuse ; mais des douleurs légères existent encore le long du crural et du sciatique.

La *petite fistule* superficielle persiste. Continuation des pansements et du traitement général.

RÉFLEXIONS. — Ce sujet nous semble moins résistant que les deux qui l'ont précédé, mais on voit que le résultat de l'intervention paraît ici devoir être tout aussi bon.

OBSERVATION XL (cinquième observation personnelle et inédite)
(1895). — PIERRE DELBET.

Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque gauche à forme fruste (névralgie sciatique) avec abcès postérieur et antérieur. — Longue incision téguementaire, oblique en bas et en dehors. — Section des fibres des fessiers. — Trépanation de l'os ramolli au-dessus de l'échancre sciatique. — Pénétration dans le bassin et évacuation du contenu de l'abcès interne. — Curage, grattage, nettoyage complet des poches superficielles et profondes et de la cavité osseuse. — Guérison (fistule superficielle).

G. D..., 25 ans, typographe, entre le 3 décembre 1895 à l'hôpital Laënnec, salle Malgaigne.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père mort accidentellement à 37 ans. Mère vivante, cardiaque. Deux frères et une sœur vivants et bien portants. Un frère et une sœur morts en bas âge.

Antécédents personnels. — A eu une bronchite pendant l'hiver 1894-95. Depuis a continué à tousser. Cette toux s'est exagérée au moment de l'apparition des douleurs dont il sera question ci-dessous.

A toujours été un peu maladif ; cependant n'a jamais eu de grandes maladies.

A été ajourné deux fois par le conseil de révision pour faiblesse de constitution, puis a été versé dans l'armée auxiliaire.

Depuis le début de sa maladie actuelle, il a eu trois légères hémoptysies (filets de sang dans les crachats).

Affection actuelle. — Vers octobre 1894, sensation de gêne dans l'articulation sacro-iliaque gauche suivie, en décembre, de douleurs violentes dans la fesse et à la partie supérieure de la cuisse du même côté.

Ces douleurs ont continué jusque vers juin de cette année, époque à laquelle apparut une tuméfaction à la région lombo-sacrée.

La douleur dont se plaignait le malade a présenté les caractères suivants :

Elle était tantôt intermittente, tantôt sourde et continue ; quelquefois il y avait des élancements tels dans la région qu'il ne pouvait dormir la nuit. Il souffrait au moment de s'asseoir ; cependant, une fois, qu'il était assis, la douleur disparaissait pour l'incommoder de nouveau si cette attitude se prolongeait trop longtemps.

Au début, le décubitus dorsal n'était nullement douloureux ; plus tard cependant, cette position le faisait souffrir et il était obligé de se coucher sur le côté sain (droit). A la phase de début, également, la douleur diminuait après une marche fatigante pour se montrer de nouveau après un repos assez long.

A une époque plus avancée de la maladie, à la suite d'une fatigue, la douleur s'irradiait à l'aîne, dans la cuisse, le long du *sciatique*, sans jamais dépasser le creux poplité.

Des modifications de la locomotion se manifestent peu à peu. Le malade avance le membre inférieur du côté malade moins facilement que l'autre. Il marche à petits pas et perçoit de petits craquements qu'il dit se produire à l'articulation de la hanche (?) lorsqu'il monte un escalier ; quelquefois même il les entend.

La marche devient de plus en plus pénible et, lorsque le poids du corps se porte sur le talon du côté malade, la douleur lui arrache un cri. Enfin, peu de temps avant l'apparition de l'abcès, le malade ne marche plus qu'avec l'aide d'un bâton.

La flexion du membre gauche sur le tronc est difficile, toujours

incomplète et douloureuse. Impossibilité de soulever un fardeau, même léger.

A part la sensation de gêne dont il vient d'être question, il n'y a jamais eu de douleur spontanée proprement dite dans l'articulation sacro-iliaque.

Il y a 6 mois (juin 1895), apparition d'une tuméfaction dans la région sacrée. Le malade prétend avoir perçu une température supérieure à la normale à ce niveau pendant la formation de l'abcès. Au fur et à mesure que cette tuméfaction grossit, les douleurs diminuent et finissent par disparaître presque tout à fait.

Avant son admission, le malade pouvait porter des fardeaux assez lourds ; il ne souffrait qu'au moment de les soulever.

Examen à l'entrée. — Il s'agit d'un sujet de taille moyenne, d'apparence chétive. Les téguments sont pâles et le corps n'est pas très développé. La nutrition générale paraît mauvaise.

Il présente, dans la région lombo-sacrée, une tuméfaction fluctuante, un peu oblique de dedans en dehors et de haut en bas, mais dont la direction est, en somme, à peu près parallèle à celle de l'articulation sacro-iliaque gauche.

On détermine, à la pression, un point douloureux très net au niveau de la partie inférieure de l'interligne articulaire.

Le bassin étant fixé, tous les mouvements de la coxo-fémorale sont possibles, et l'inclinaison du tronc en avant est aussi indolore.

Pas de signe de Larrey.

Pas de signe d'Erichsen ou de Volkmann.

Pas d'attitude vicieuse.

Pas d'atrophie musculaire.

Le toucher rectal n'indique rien de bien net. M. Delbet constate cependant que la saillie du pyramidal du côté gauche est plus marquée qu'à droite. On sent cette saillie à bout de doigt.

Examen de la poitrine. — Expiration prolongée et soufflante dans la fosse sus-épineuse des deux côtés.

Diagnostic. — Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque gauche à forme fruste avec deux abcès ; l'un à la partie postérieure et l'autre à la partie antérieure de l'articulation.

Opération par M. Delbert le 4 décembre 1895. — Incision de 14 à 16 centimètres le long de l'abcès postérieur qu'on ouvre. Cette incision part de dessous l'épine iliaque postéro-supérieure et se dirige obliquement en bas et en dehors vers le milieu de la ligne allant du grand trochanter à l'ischion. Une petite incision à angle droit coupe la première de façon à former une croix (+) à 10 centimètres du point de départ.

Après avoir sectionné obliquement les fibres des muscles sacro-lombaires et grand fessier, on arrive sur l'os. Là, on trouve entre l'épine iliaque postéro-supérieure et la grande échancrure sciatique un tout petit pertuis qu'on attaque avec la gouge à lunette.

L'os est mou, et les lésions paraissent assez étendues. En creusant toujours, on évide une partie de l'articulation et on arrive jusque dans le bassin où l'on trouve une nouvelle collection fongueuse et purulente correspondant à la saillie constatée par le toucher rectal.

Grattage et curettage complet de toute la cavité. On enlève ainsi une grande quantité de débris tuberculeux de toutes sortes.

On touche au chlorure de zinc au dixième et on procède à un lavage antiseptique soigné.

Un mèche de gaze iodoformée est introduite jusqu'au fond de la plaie qui est laissée ouverte.

Pansement à l'iodoforme.

Suites immédiates. — Les suites sont normales : la solution de continuité bourgeonne peu à peu et finit par se fermer.

Suites éloignées, 15 janvier. — La cicatrisation est parfaite, sauf en un point où existe encore une petite fistule. Le malade se fortifie et l'appétit est excellent.

15 mars. — *Etat général très bon.* La petite fistule persiste mais ne s'étend pas très loin. On continue régulièrement les pansements et les injections de teinture d'iode.

RÉFLEXIONS. — La vaste étendue de la poche superficielle, l'état de l'articulation, la présence de la collection

intra-pelvienne auraient provoqué une mort à brève échéance si ce malade n'avait recouru au chirurgien. Lui aussi tira le plus grand bienfait de l'opération puisqu'il est fort amélioré et en voie de guérison.

TABLEAU RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

RÉSUMÉ DES

N°	OPÉRATEUR ET DATE D. L'OPÉRATION.	SEXE. AGE.	SYMPTÔMES.
I	Sayre, 1853.	Enfant M. 2 ans 1/2.	Abcès lombaire.
II	Sayre, 1863.	H. 23 ans.	Traité à tort pour coxalgie. Abcès lombaire droit.
III	Golding Bird, 1880.	Enfant M.	Fistules.
IV	Golding Bird, 1880.	H. 26 ans.	Fistules.
V	Golding Bird, 1882.	H. 27 ans.	Fistules.
VI	Ollier, 1882.	F. 39 ans.	Douleur. Empatement de toute la région lombaire à droite.
VII	Ollier, 1882.	Enfant M. 12 ans.	Douleurs dans le genou. Point douloureux sur l'os iliaque gauche près de l'articulation. Collection purulente dans le bassin.
VIII	Trélat, 1882.	F. 29 ans.	Abcès fessier incisé plusieurs fois et persistance de fistule.
IX	Bœckel (1875, mais publié en 1882).	H. 24 ans.	Carie du sacrum : paralysie des jambes et de la vessie.
X	Tiling, 1882.	H. 15 ans.	Ostéomyélite (Voir réflexions à la suite de l'observation).
XI	Tiling, 1883.	H. 14 ans.	Abcès fessier gauche.
XII	Delorme, 1886.	J. H., jeune soldat.	Abcès fessier gauche sous-musculaire, légère claudication. <i>Sciatique</i> deux ans auparavant.

SERVATIONS.

OPÉRATION.	SUITES IMMÉDIATES	SUITES ÉLOIGNÉES.
Incision de l'abcès. Découverte de l'articulation qui est grattée avec un couteau à trancher les arbres.	Pansement au baume du Pérou.	<i>Guérison</i> complète au bout du 3 ^e mois.
Incision de l'abcès. Grattage à la gouge de la partie articulaire malade.	Pansement au baume du Pérou.	Extension horizontale. Extension verticale. <i>Guérison</i> complète au bout de 14 mois.
Amputation de l'articulation à deux reprises différentes, à un an d'intervalle.		<i>Guérison</i> en temps normal avec <i>fistule</i> .
Pénétration dans l'articulation en suivant une fistuleux. Grattage. Enlèvement de débris.		<i>Guérison</i> en temps normal avec <i>fistule</i> .
		Mort par septicémie.
Amputation juxta-articulaire de l'os iliaque. Pénétration dans le bassin. Le psoas est enlevé de fongosités qu'on enlève.	Fièvre 40° pendant 3 jours.	<i>Guérison</i> 10 mois après avec <i>fistule</i> .
Amputation juxta-articulaire de l'os coxal. Amputation du pus intra-pelvien.	Fièvre 40° pendant 2 jours.	Cicatrisation de la plaie au bout de 10 mois et <i>guérison</i> complète 6 mois plus tard.
Amputation du bassin. Ablation de plusieurs fragments osseux : l'un d'eux mesure 1 1/2".		Amélioration probablement suivie de <i>guérison</i> .
Section et évidement de toute la partie osseuse malade avec la gouge et le maillet.		16 mois après, <i>guérison</i> complète.
Incision de l'abcès. Abrasion de toute la surface osseuse malade : la tubérosité iliaque, le bord supérieur de la grande échancrure sciatique, la surface articulaire de l'ilion et le bord du sacrum. Nettoyage. Grattage. Drainage.	Chute, puis élévation de température.	Cachexie et mort. <i>Autopsie</i> : tuberculose des poulmons. Carie du sacrum et des vertèbres lombaires.
Incision tégumentaire en L. Ablation à l'aide de la table externe de l'os coxal au-dessus de l'échancrure sciatique. Grattage de la surface osseuse.	Lymphangite.	<i>Guérison</i> 4 mois après.

N ^o	OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION.	SEXE AGE.	SYMPTÔMES.
XIII	Delorme , 1886.	J. H., 19 ans.	Ostéite infectieuse aiguë <i>non tuberculeuse</i> (Voir réflexions faisant suite à l'observation).
XIV	Howard Marsch , publication de 1886.	F. 32 ans.	Fistules.
XV	Delorme , 1886.	Jeune soldat.	Vaste collection purulente allant de la fesse gauche au creux poplité avec fistule inférieure. Légère sensation douloureuse à la pression au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure.
XVI	Delorme , 1887.	Jeune soldat.	Douleur à la fesse droite avec abcès.
XVII	F. G. Gant , 1887.	H. 36 ans.	Tuméfaction sacro-fessière gauche douloureuse.
XVIII	F. J. Gant , 1887.	J.F. 19 ans.	Abcès au niveau de sacro-iliaque gauche. Douleur articulaire à la pression.
XIX	W. Van Hook , 1887.	H.D. 32 ans.	Abcès postérieur en bissac dans la région lombo-fessière.
XX	Perrier , 1887.	F. 25 ans.	Abcès ossifluent de la région sacro-iliaque gauche, communiquant avec un abcès de la fosse iliaque interne.
XXI	M. Collier , 1889.	F. 34 ans.	Douleur et symptômes ordinaires. Tuméfaction au niveau de la sacro-iliaque droite.
XXII	G. H. Makins , 1888.	H. 25 ans.	Douleur le long du <i>sciatique</i> . Impulsion au niveau des deux échancrures sciatiques produites par la toux.

OPÉRATION .	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
ouverture de l'articulation en suivant fistuleux. Curettage aussi étendu que possible. Badigeonnage au $ZnCl^2$.		<i>Guérison</i> complète au bout de 4 mois.
Incision de l'abcès, puis <i>première</i> opération avec persistance de fistule. <i>opération</i> . Raclage de la poche purulente de la cuisse, de la fesse, aussi de l'articulation sacro-iliaque. Curage, par cette articulation largement ouverte, d'un abcès du bassin. Pansement compressif antiseptique.		<i>Guérison</i> 6 mois après, compromise par poussée tuberculeuse au testicule gauche.
Incision tégumentaire, évidemment de l'os jusqu'à l'articulation sacro-iliaque. Plus tard, ouverture de vaste collection de l'iliaque externe, suivie d'un nouveau drainage.	Erysipèle après <i>première</i> opération. Seconde opération suivie d'amélioration.	7 mois après, il y a <i>persistance</i> de plaie linéaire fongueuse dans la région fessière. Nouvelle intervention en perspective.
Incision de l'abcès, ouverture de l'articulation, grattage et curage de toute la partie osseuse.		<i>Guérison</i> un mois plus tard.
Incision ouverte. Membrane pyogénique raclée. Articulation grattée.		Amélioration suivie très probablement de <i>guérison</i> .
ouverture de l'abcès postérieur et supérieur. Abrasion de l'épine iliaque postérieure, curage complet de l'articulation dans le bassin. Incision de l'abcès de la iliaque externe. Drainage.	Ecoulement de sérosités purulentes pendant quelques jours.	Amélioration probablement suivie de <i>guérison</i> .
Incision. Trépanation à la gouge de la partie supérieure de l'échancrure sciatique. Drainage.		<i>Guérison</i> avec fistule.
Incision courbe au niveau de l'abcès. Couronne de trépan à l'os coxal jusque dans l'articulation. Curage, nettoyage complet à la gouge et maillet jusque dans le bassin. Drainage et drainage.		<i>Guérison</i> complète après repos dans un appareil pendant 6 mois.
Incision cruciale au niveau de la partie inférieure de l'ilion. Couronne de trépan à l'os coxal. Pénétration jusqu'à l'articulation. Curettage de l'article et de la surface osseuse ramollie. Drainage.		<i>Guérison</i> 9 mois après. Ankylose de la hanche résultant sans doute de l'usage trop prolongé d'un appareil.

N ^o	OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION.	SEXE. AGE.	SYMPTÔMES.
XXIII	G. H. Makins , 1890.	Enfant masculin 3 ans.	Abcès au niveau de la sacro-iliaque gauche. Douleur nocturne.
XXIV	G. H. Makins , 1891.	Enfant masculin.	Tuméfaction fluctuante au niveau de la partie postérieure de la crête iliaque droite. (Coincidence de mal de Pott cervical.)
XXV	Lannelongue , 1891.	Enfant masculin 8 ans.	Abcès.
XXVI	Duplay. Pierre Delbet , 1891.	H. 23 ans.	<i>Névralgie sciatique</i> gauche. Cicatrice d'abcès fessier précédemment incisé. Fistule.
XXVII	Pierre Delbet , 1892.	H. adulte.	<i>Névralgie</i> dans la région du <i>sciatique</i> . Abcès fessier à droite. Ponction suivie d'injection iodée sans résultat.
XXVIII	P. T. Beale , 1893.	H. 30 ans.	Fistules nombreuses dans la région fessière gauche.
XXIX	Gould : cas rapporté en 1893.	F. 24 ans.	Petit abcès correspondant à la sacro-iliaque droite plusieurs fois ouvert et lavé.
XXX	Gould : ditto.	H. 60 ans.	Deux larges abcès à la région fessière, le supérieur communiquant avec l'articulation sacro-iliaque.
XXXI	Gould : ditto.	Femme adulte.	Abcès communiquant avec l'articulation sacro-iliaque gauche.
XXXII	Golding Bird , 1893.	F. 30 ans.	Douleur à la pression au niveau de l'épine iliaque postéro-inférieure.
XXXIII	Golding Bird , 1894.	F. adulte.	Douleur à la pression au niveau de l'E. I. P. et I.

OPÉRATION.	SUITES IMMÉDIATES	SUITES ÉLOIGNÉES.
Incision de l'abcès. Ouverture de l'articulation. Ablation de séquestres. Grattage. Nettoyage. Persistance de fistule qui est plus tard de nouveau ouverte et grattée.		<i>Amélioration.</i> Persistance de fistule.
Incision de l'abcès. Extraction de séquestres, d'os carié, de fongosités au niveau de l'ulcérosité iliaque. Grattage. Nettoyage complet.	Sortie avec corset de cuir prenant tout le tronc et maintenant la tète.	<i>Guérison</i> parfaite 6 semaines plus tard.
Incision de la poche. Grattage du foyer osseux.		<i>Guérison</i> au bout de 4 mois (meurt à cette époque de diphtérie).
Incision cruciale au niveau de la région iliaque gauche. Trépanation et ablation des parties osseuses malades. Pénétration jusqu'à dans le bassin. Grattage, nettoyage complet.		Trois mois après, amélioration suivie très probablement de <i>guérison</i> avec persistance de fistule toutefois. Les douleurs sciatiques n'ont pas encore complètement cédé.
Ouverture de l'abcès. Dissection de la membrane tuberculeuse. Trépanation à la base de l'os coxal à la partie correspondant à l'articulation. Pénétration dans celle-ci jusque dans le bassin. Grattage de fongosités. Nettoyage complet.		<i>Guérison.</i> Persistance de névralgie dans la région du sciatique.
Ouverture d'une fistule à gauche et pénétration dans le bassin à travers l'échancrure iliaque. Contre-ouverture, dans la même région, à droite. Extirpation de fragments de séquestres sacrés et vertébro-sacrés. Grattage et nettoyage des autres trajets fistuleux.		<i>Guérison</i> rapide.
La cavité est complètement grattée.		<i>Guérison.</i>
Les abcès sont ouverts et grattés ainsi que l'articulation.		<i>Guérison</i> avec fistule.
Incision et extraction aussi complète que possible de toute la portion d'os dénudé.		<i>Mort.</i> — Autopsie. Carie très étendue du sacrum et de l'ilion.
Couronne de trépan à la base de l'E. I. et I. Articulation est remplie d'adhérences et de débris de cartilage.		<i>Guérison.</i> Existence probable de foyers tuberculeux à la partie inférieure de la colonne vertébrale.
Application de couronnes de trépan à la base de l'E. I. P. et I., jusque dans la cavité articulaire. Enlèvement de magma jaunâtre, fongosités, de débris de cartilage.		Sortie avec appareil immobilisateur. <i>Guérison</i> complète six mois plus tard.

N°	OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION.	SEXE AGE	SYMPTÔMES.
XXXIV	Golding Bird , 1894.	H. 29 ans.	<i>Néuralgie sciatique</i> constante et très douloureuse. Symptômes ordinaires.
XXXV	Pierre Delbet , 1894.	H. 33 ans.	<i>Néuralgie sciatique</i> aux points d'élection. Tuméfaction de la région fessière gauche avec fistule. Douleur à la pression à l'E. I. P. et S.
XXXVI	Pierre Delbet , 1894.	H. 46 ans.	Néuralgie dans la région du <i>sciatique</i> . Abscès à la partie inférieure de la région lombaire gauche.
XXXVII	Pierre Delbet , 1894.	H. 37 ans.	Néuralgie rebelle dans la région innervée par le <i>sciatique</i> . Abscès de la partie inférieure de la région lombaire à gauche.
XXXVIII	Pierre Delbet , 1895.	H. 39 ans.	Douleurs névralgiques le long du <i>sciatique</i> . Abscès de la région lombaire gauche ponctionné sans résultat.
XXXIX	Pierre Delbet , 1895.	H. 28 ans.	Douleurs variées surtout dans la région <i>sciatique</i> à gauche. Abscès extra et intra-pelvien.
XL	Pierre Delbet , 1895.	H. 25 ans.	Douleurs variées, surtout névralgiques, le long du <i>sciatique</i> . Abscès à la région sacrée à gauche, tuméfaction intra-pelvienne à peine marquée, perçue par le toucher rectal.

OPÉRATION.	SUITES IMMÉDIATES	SUITES ÉLOIGNÉES.
Couronne de trépan à la base de l'E. I. P. usque dans la cavité articulaire. Enlèvement de séquestres, de débris de cartilage, de gomosités. Curettage de la surface articulaire. Poches purulentes sous-péritonéale au niveau du point de sortie du grand artère ouvertes, vidées et grattées.		Amélioration très marquée au bout de quelques semaines, qui se termine par une <i>guérison</i> complète 6 mois plus tard.
Incision tégumentaire transversale. Ablation des épines iliaques postérieures. Grattage et nettoyage de la poche, de la cavité articulaire et de la partie pelvienne pré-articulaire.	Amélioration relative.	Mort de tuberculose généralisée et dans le marasme 3 mois après l'intervention.
Incision fessière transversale. Trépanation à la gouge et au maillet de l'os coxal et de l'articulation jusque dans le bassin. Enlèvement aussi complet que possible des détritus purculieux.	Amélioration opératoire.	Mort 3 mois plus tard probablement de généralisation bacillaire.
Incision et grattage de la poche. Trépanation de l'articulation. Résection des parties osseuses malades et du bord supérieur de la grande échancrure sciatique. Nettoyage complet dans le bassin. $ZnCl_2$ et pansement.		<i>Guérison</i> et sortie 3 semaines après l'opération avec <i>fistule superficielle</i>. (Mort de tuberculose généralisée 17 mois après l'opération.)
Longue incision horizontale. Grattage de la poche. Trépanation à travers l'articulation jusque dans le bassin. Enlèvement de fongosités. Nettoyage complet.	Sortie un mois plus tard avec une fistule superficielle.	<i>Guérison</i>. Le malade se porte très bien 5 mois après. Il vaque à toutes ses occupations. <i>La fistule est presque complètement cicatrisée</i>.
Incision verticale qui amène l'écoulement d'une grande quantité de pus. Trépanation de l'ilion, du sacrum, de la cavité articulaire jusque dans le bassin. Extraction de débris purculieux de toutes sortes. La plaie lavée et laissée ouverte.		Trois mois et demi plus tard, l'état général est excellent et le patient en bonne voie de <i>guérison</i>. Persistance cependant de <i>fistule superficielle</i> et d'un peu de névralgie dans la région.
Incision oblique en +. Trépanation de l'os coxal ramolli au-dessus de l'échancrure sciatique. Pénétration dans l'articulation et dans le bassin et évidemment de la collection interne. Raclage et nettoyage complet. La plaie est laissée ouverte.		Actuellement (3 mois après l'opération) il y a encore une <i>petite fistule superficielle</i>, mais la <i>guérison</i> complète est probable. Le malade marche très bien et c'est à peine si la région est douloureuse à la pression.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(Les travaux précédés d'un astérisque (*) sont ceux qu'il nous a été impossible de nous procurer.)

- Baker et Johnstone.** — *Holmes's system of surgery*, London, 1883.
- Barwell** (Richard). — Article Sacro-coxalgie, *Encyclopédie internationale de chirurgie*, Ashhurst, tome IV, 1885.
- Beale** (P. T. B.). — Sacro-iliac disease, with notes on its treatment. *Lancet*, London, 1893, I, p. 650.
- Bird** (F. D.). — Sacro-iliac disease. *Austral. med. Journal*, Melbourne, 15 juin 1887, p. 253.
- Bird** (Golding). — On early excision of the sacro-iliac joint with cases. *Transact. of clin. society of London*, 26 avri 1895, vol. XXVIII.
- Bœckel.** — *Fragments de chirurgie antiseptique*, Paris, 1882.
- Boissarie.** — *De la sacro-coxalgie ou tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque*. Thèse de Paris, 1862.
- Bounaix.** — *Contribution à l'étude de la sacro-coxalgie*. Thèse de Paris, 1874.
- Boyer.** — De la carie des os du bassin. *Traité des maladies chirurgicales*, Paris, 1814, tome III, p. 533.
- De l'écartement des os du bassin. *Traité des maladies chirurgicales*, Paris, 1814, tome IV, pp. 139-144.
- Cale** (G. W.). — Tuberculosis of the sacro-iliac joint. *St-Louis, clin. phys. et surg.*, 1890, III, p. 109.
- Chambeyron.** — Analyse du mémoire de Hahn. *Archives de médecine*, 1834, 2^e série, tome IV, p. 657.
- Charon** (E.). — Clinique sur la sacro-coxalgie. *Chirurgie infantile*, Paris, 1891.
- Chauvel** (J.). — *Dict. encyclop. des sciences médicales*, tome VI, 3^e série, 1878, Article Sacro-iliaque, pp. 87-97.
- Gloquet et Bérard.** — Carie des os du bassin. *Dict. en 30 vol.*, Paris, 1833, tome V.
- Collier** (Mayo). — On trephining the sacro-iliac joint in the sacro-iliac disease ; witte case. *Lancet*, London, 1889, II, 787.
- Courty** (A.). — *Dict. encyclop. des sciences médicales*, t. VIII, 1^{re} série, article Bassin, pp. 547 et 548.
- Crocq.** — *Traité des tumeurs blanches*, Bruxelles, 1853, p. 451.

- Delbet** (Pierre). — Leçon clinique sur la sacro-coxalgie partielle, recueillie par L. LONGUET. *Presse médicale*, n° 32, 11 août 1894, pp. 253 et 254.
- De la sacro-coxalgie partielle. *Bulletin de la Société anatomique*, 5 février 1892.
- Delens**. — *De la sacro-coxalgie*. Thèse d'agrégation, Paris, 1872.
- Delineau**. — *Quels sont les signes de la sacro-coxalgie ? Comment la distinguer de la coxalgie et comment la traiter ?* in Thèse de Paris, 1842, n° 46, pp. 13 à 24.
- Delorme**. — Deux observations de résection partielle de l'os iliaque pour ostéite tuberculeuse. *Communication à la Société de chirurgie*. Rapport de CHAUVEL, 1886. pp. 285-288.
- Demons** (A.). — Sacro-coxalgie suppurée. Pénétration du pus dans l'articulation coxo-fémorale. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1878-79, n° 30, 22 février 1879, p. 319.
- Dubreuil** (A.). — Sacro-coxalgie. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 4 août 1888, t. X, pp. 361-363.
- Duplay**. — *Leçon clinique sur une collection liquide de l'aîne de provenance obscure avec fistule rectale sus-sphinctérienne*. *Progrès médical*, 1876.
- In FOLLIN et DUPLAY, *Pathologie externe*, Paris, 1862, t. III, p. 98.
- Erichsen** (J.). — A lecture on the sacro-iliac disease. *Lancet*, London, 1859, I, p. 25.
- Frère** (L. A.). — *Comment distinguer la sacro-coxalgie de la coxalgie et comment la traiter ?* in thèse de Paris, 1838, n° 59, pp. 19 à 27.
- Gant** (F. J.). — Two cases of sacro-iliac, synchondrosis. *Lancet*, London, 1887, t. II, p. 409.
- Giraud de Nolhac**. — *Quels sont les signes de la sacro-coxalgie ? Comment la distinguer de la coxalgie et comment la traiter ?* In thèse de Paris, 1840, n. 135, pp. 16 à 28.
- Gouilloud**. — *Des ostéites du bassin au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement*. Thèse de Lyon, 1883.
- Guéniot**. — Tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque droite, observation avec pièces post-mortem. *Bulletin de la Société anatomique*, 1858, p. 221.
- Gurtl**. — *Affections articulaires*. Berlin, 1853.
- Hahn**. — Ueber die sacro-coxalgie. *Allgemeine medizinische Zeitung*, Stuttgart, octobre 1833.
- * **Hamilton** (J. B.). — Tuberculosis of the sacro-iliac joint. *Internat. Clin.*, Philadelphia, 1893, III, 173-175.
- Hattute**. — *De l'arthropathie sacro-iliaque*. Thèse de Paris, 1852.
- Heath** (C.). — Clinical lecture on sacro-iliac disease. *British medical Journal*, 1876, II, p. 781.
- * **Hekton** (L.). — Sacro-iliac tuberculosis specimen. *West M. Reporter*, Chicago, 1889, XI.

- * — Tuberculosis of the sacro-iliac joint, new cases. *N. am. Pract.* Chicago, 1889, I.
- * **Holmes** (B.).— Van Kooks's operation for tuberculosis of the sacro-iliac joint. *New. Amer. Pract.* Chicago, 1890, II.
- * **Kerrick** (J. B.).— Operation for sacro-iliac tuberculosis. *West. M. Reporter*, Chicago, 1889, XI.
- Larrey**. — De la sacro-coxalgie in *Clinique chirurgicale*, 1829, t. III, p. 330.
- Laugier** (S.). — Tumeurs blanches des articulations du bassin. *Dict. en 30 vol.* Paris, 1833, t. V, p. 88.
- Lee** (B.). — Additional notes on injuries to the sacro-iliac junction. *Trans. Amer. Orthop. Associat.* Philadelphia, 1891.
- Sacro-iliac disease. *Trans. Amer. Orthop. Associat.* Philadelphia, 1890, III, pp. 63-72.
- * — Suppuration of sacro-iliac joint caused by injury. *Rep. Supervising Surgeon of the Marine hospital service.* Washington, 1889.
- Makins** (G. H.). — Prognosis of sacro-iliac disease. *Lancet*, London, 1893, I, 591.
- A note on the prognosis in cases of sacro-iliac disease. *Transact. Clinical Society of London*, 1892-93, XXVI, pp. 127-135.
- Marsch** (Howard). — *Diseases of Joints.* London, 1886, pp. 360 à 366.
- Mason**. — New-York patholog. society. Meeting of november 24 the 1875. *Medical Record*, New-York, vol. IX, p. 860.
- * **Naumann** (G.).— Tuberculosis ossi sacri et ossis ilei sui cum abscess congest. fossae ilei sui ; resectio ossis ilei. *Hygiea*. Stockholm, 1889, li 279.
- Nélaton**. — *Éléments de pathologie chirurgicale*, 1847, t. II, pp. 247-250.
- Nichet**. — *Gazette médicale*, n° 28, 11 juillet 1840, observation XV.
- Ollier**. — *Traité des résections osseuses et articulaires.*
- In **GOULLLOUD**. Thèse de Lyon, 1883.
- Péan**. — *Tumeurs de l'abdomen et du bassin*, t. II, Paris, 1885.
- Perkins**. — Suppuration in the left sacro-iliac joint from external injury, Death : remarks. *Medical press and circular*, 20 octobre 1874.
- Poore** (C.-T.). — Diseases of the sacro-iliac synchondrosis. *American journal of Medical sciences*, janvier 1878.
- Provendier**. — *De l'intervention chirurgicale dans la sacro-coxalgie.* Thèse de Paris, 1887-88, t. XV, n° 26.
- Ridlon** (J.) et **Jones** (R.). — Disease in the sacro-iliac articulation. *Annals of surgery*, Philadelphia, 1893, XVII, pp. 285-292.
- Satterthwaite**. — Meeting of New-York pathological Society. *Medical Record*, vol. XII, 1877, p. 327.
- Sayre** (L.-A.). — Sacro-iliac disease in *Orthopedic surgery and diseases of Joints*, London, 1879, p. 327.

- Sayre** (L. A.).—Sacro-iliac disease and its differential diagnosis from morbus coxarius and spondylitis, New-York, *Med. Record*, February, 1879, p. 145.
- Tiling** (G.). — *Medicinische Wochenschrift* de St-Petersbourg, n° 29, 23 juillet 1883.
- Tillaux** (P.). — Article Sacro-coxalgie. *Traité de chirurgie clinique*, Paris, 1894, p. 236.
- Trélat**. — Sacro-coxalgie. Trépanation. Observation in PROVENDIER, Thèse de Paris, 1887-1888.
- Van Hook** (Weller). — Tuberculosis of the sacro-iliac joint. *Annals of Surgery*, St-Louis, 1888, vol. VIII, p. 401 ; 1889, vol. IX, pp. 35 et 115.
— *Journal of american med. associat.*, 1888, t. XI, p. 552.
- Velpeau**. — Clinique sur la sacro-coxalgie faite à la Charité. *Gazette des hôpitaux*, 1862, p. 105.
- Walther**. — Article. Sacro-coxalgie. *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. VII, 1892.
- Wood** (J.). — Remarks on the employment of double extension in cases of disease and injuries of the spine and pelvic joint. *Brit. Med. Journal*, 5 juin 1880, vol. I, p. 837.
-

Vu :

Le Président de la thèse,
TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imprimerie J. Thevenot, Saint-Dizier (Hte-Marne).
